

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

No

559

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Albert OUVRY

De la Faculté de Médecine de Paris

Interne des Hôpitaux de Rouen

Né le 4 Mai 1913, à La Gaillarde (Seine Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES HYDATIQUES DU PANCRÉAS

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556021_0017

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Albert OUVRY

De la Faculté de Médecine de Paris

Interne des Hôpitaux de Rouen

Né le 4 Mai 1913, à La Gaillarde (Seine Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES HYDATIQUES DU PANCRÉAS

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

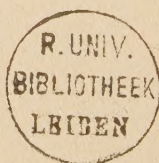
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	JENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage de ma tendre affection.

A MES FRÈRES

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. GRÉGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie de Chirurgie

*Avec l'expression de notre gratitude
pour le grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de notre thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. DÉVÉ

Professeur de Clinique Médicale à l'École de Médecine de Rouen
Associé national de l'Académie de Médecine

Il nous a inspiré ce travail et nous a constamment guidé dans sa rédaction.

Nous avons tenu à être son interne et à profiter de son remarquable enseignement. Les conseils précieux qu'il nous prodigue journellement resteront pour nous inoubliables.

Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE ROUEN

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN

Externat

1932-1933. MONSIEUR LE DOCTEUR A. DEROCQUE

Chirurgien des Hôpitaux

1933-1934. MONSIEUR LE DOCTEUR NÉE

Médecin des Hôpitaux

Internat provisoire

1934-1935. MONSIEUR LE DOCTEUR PAYENNEVILLE

Médecin des Hôpitaux

Chef du service de Dermato-Vénérologie

Internat

1935-1936. MONSIEUR LE DOCTEUR DUPREY

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERSON

Médecin des Hôpitaux

1936-1937. MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES PETIT

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur de Clinique Chirurgicale

1937-1938. MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉVÉ

*En témoignage de notre gratitude pour
les conseils éclairés qu'ils nous ont pro-
digués.*

A NOS MAITRES DE CONFÉRENCES

MONSIEUR LE DOCTEUR A. DEROCQUE

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR FLEURY

Médecin des Hôpitaux

*Leur enseignement nous fut extrême-
ment précieux.*

Hommage de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT MARTIN

Professeur Honoraire de Clinique Obstétricale

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAURET

Accoucheur des Hôpitaux

Professeur de Clinique Obstétricale

A NOS MAITRES INTÉRIMAIRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MESSIEURS LES DOCTEURS

TAMBAREAU, DESSAINT, HÉCART ET THOREL

Chirurgiens des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTRAND

Médecin des Hôpitaux

MESSIEURS LES DOCTEURS

POTÉZ, VAUDOUR ET DELAPORTE

Médecins des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS LESSERTISSEUR,
DECOULARÉ-DELAFONTAINE ET JOUEN

Electro-radiologistes des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOUSSEAUME

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS LACROIX ET REVERSÉ

Ophtalmologistes des Hôpitaux

INTRODUCTION

Dans une thèse lyonnaise récente, qui, par son étendue, par l'abondance de sa documentation, par le soin de sa bibliographie et par son titre même, constitue une véritable monographie sur le sujet, DOÏTCHINOVITCH a rassemblé et reproduit *in extenso* 69 observations de kystes hydatiques du pancréas (1).

L'auteur s'était proposé de réunir « toutes » les observations recueillies dans la littérature mondiale, « autant les cas d'autopsie que ceux opératoires », écrivait-il. Outre ces 69 observations, il en citait 14 autres qu'il regrettait de n'avoir pu se procurer. Toutefois, il devait convenir, à la fin de son travail (p. 196), que parmi les cas conservés par lui neuf « ne sont pas en vérité certains » et « doivent être rejetés ».

Resteraient donc 60 cas. Mais, à reprendre les observations ainsi données comme « kystes hydatiques du pancréas indiscutablement certains », on constate que cinq d'entre elles sont, en réalité, des plus incertaines : nous faisons allusion aux vieux cas de CHAMBON DE MONTAUX, de PORTAL, de ENGEL, de SEIDEL et de PETERS. Finalement, il reste 55 observations valables et authentiques.

Un tel chiffre, rapproché de ceux qui avaient été précédemment relevés par les auteurs modernes qui se sont occupés de la question, n'en est pas moins déjà relativement élevé :

HANSER (1912) : 28 cas ;

ALBO (1923) : 30 cas ;

(1) Miloche S. DOÏTCHINOVITCH. — *Les kystes hydatiques du pancréas*. Impr. A. Rey, Lyon, 1936, 207 p.

AUVRAY (1925) : 35 cas ;

KESSLER (1935) : 39 cas ;

DOÏTCHINOVITCH (1936) : (69 cas) 55 cas.

Au surplus, parmi les cas qui avaient été compilés, sans un esprit critique suffisant, par les devanciers de DOÏTCHINOVITCH, une importante proportion était également à rejeter. C'est ainsi que, sur le total des 35 cas réunis par AUVRAY, 6 sont à éliminer : soit le sixième des observations.

En fait, aussi consciencieux qu'ait été son effort, DOÏTCHINOVITCH est très loin d'avoir réussi à retenir « tous » les cas de kystes hydatiques du pancréas rapportés jusqu'à ces dernières années dans la littérature, si touffue et si dispersée, de l'échinococcose.

Grâce à la documentation incomparable de notre maître le Prof. F. DÉVÉ, que nous ne saurions trop remercier, dès l'abord, de son extrême obligeance et de son désintéressement scientifique, nous pouvons apporter aujourd'hui 47 autres cas relevés dans la littérature. Et nous n'avons pas la prétention de n'en avoir pas laissé échapper d'autres (1).

A ces 47 nouveaux cas nous pouvons ajouter *trois observations inédites*. Deux sont d'origine rouennaise et appartiennent, la première à nos maîtres les Professeurs F. DÉVÉ et Jacques PETIT, la seconde à notre maître le Docteur André DEROCQUE et au Docteur J. BERTRAND. Nous devons la troisième à l'obligeance de notre camarade de l'École de Médecine de Rouen, Jean GRASSET, actuellement interne à l'hôpital de Constantine, où un de ses collègues, M. BIANCARDINI, a eu l'occasion de la recueillir et a bien voulu nous la confier.

Ajoutées aux 55 cas authentiques de la thèse de DOÏTCHINOVITCH, ces 50 observations nouvelles portent à 105 le chiffre de nos observations, qui serviront de base solide à ce travail.

(1) Nous avons vu cités, notamment dans la littérature russe, une dizaine de faits qu'il nous a été impossible d'atteindre, de vérifier et d'utiliser.

Cet important apport d'observations nouvelles, joint à l'appoint, non négligeable, de trois observations inédites, n'a pas été l'unique raison qui a engagé le Prof. F. DÉVÉ à nous conseiller de reprendre le sujet, qu'on aurait pu croire épuisé après la consciencieuse thèse lyonnaise. Il a paru à notre maître, notamment, que les chapitres de pathogénie et d'anatomie pathologique, tels qu'ils ont été traités par DOÏTCHINOVITCH, méritaient d'être complètement repris. A ce sujet, M. DÉVÉ nous a confiés *deux dessins histologiques inédits*. Tracés par lui-même au cours de la Grande Guerre — ils sont datés de son ambulance d'Igny-l'Abbaye, les 10 et 11 novembre 1915, — ils ont trait à des *kystes hydatiques expérimentaux du pancréas du porc*, obtenus par lui, en 1910. Ce sont les premiers documents de ce genre qui soient connus, et les seuls jusqu'à ce jour.

Si le chapitre clinique, tel qu'on le trouve dans la thèse de DOÏTCHINOVITCH, et dans une série de travaux antérieurs, appelle peut-être moins d'importantes retouches que les précédents, il nous a semblé cependant qu'on devait y détacher, plus nettement que cela n'a été fait jusqu'ici, trois formes cliniques, suivant que le kyste s'est développé au niveau de la tête du pancréas, de son corps ou de sa queue.

Enfin il n'est pas jusqu'au chapitre du traitement chirurgical qui méritait une exposition et une discussion plus serrées, une étude plus complète, qui ne néglige pas, en particulier, d'importantes complications post-opératoires éventuelles.

Tels seront et le but et le plan général de notre travail.

C'est, nous venons de le dire, au Prof. F. DÉVÉ que nous devons le choix de notre sujet et la riche documentation qui a servi de base à notre étude. Nous lui devons aussi l'esprit qui a inspiré et dirigé celle-ci. En effet, notre maître a tenu à nous guider de ses conseils si autorisés dans l'élaboration des divers chapitres de notre travail. Ce sont ses idées qu'on y retrouvera. C'est assez dire toute la reconnaissance que nous lui devons et que nous lui garderons.

I. — HISTORIQUE

Nous ne reprendrons pas en détail ce chapitre, longuement étudié dans la thèse de DOÏTCHINOVITCH. Cependant nous devons exprimer des réserves au sujet d'une série d'observations anciennes, invariablement citées par tous les auteurs, mais qui nous paraissent à rejeter comme étant des plus douteuses.

Nous avons déjà écarté les vieilles observations de CHAMBON, de TURNER, de STOLL et de RIOLAN. De même, nous paraissent devoir être éliminés les cas de ENGEL et de SEIDEL ; car ils avaient trait à des kystes multiples de l'abdomen, que nous savons ressortir à l'échinococcose secondaire, kystes multiples dont quelques-uns, devenus sous-péritonéaux, s'étaient trouvés en contact avec la queue du pancréas autant qu'avec la rate.

L'observation de CLAESSEN (1842) paraît être la première en date des observations authentiques. Viennent ensuite deux cas simplement mentionnés par THOMAS (1879) dans une statistique de 10 ans relevée en Australie (1 cas en 1869, un second en 1874).

PÉAN publie, en 1883, le *premier cas opéré*.

Relevons ensuite les cas isolés de GRAHAM (1891), de NADESHDIN (1895), puis ceux de PERICIC et LALIC, de LEJARS, de BOBROFF en 1897.

Le cas de MELNIKOFF-RAZVEDENKOFF (1901), que citent tous les auteurs, est à *éliminer* de notre sujet. Il ne s'agissait pas d'un kyste hydatique, mais bien d'une *échinococcose alvéolaire du foie* ayant fini par *adhérer à la tête du pancréas*. Si nous rappelons ce cas, c'est parce qu'il nous fournit l'occa-

sion de signaler qu'on ne connaît aucun exemple d'échinococcose alvéolaire du pancréas. Seule l'échinococcose hydatique est en cause dans les cas qui vont nous occuper.

Les observations isolées vont se multiplier, surtout à partir du début du ^{xx}e siècle et presque toutes sont d'ordre chirurgical : VEGAS et CRANWELL, RICARD, MARTIN, VILLAR, JONNESCO, etc...

Bornons-nous à citer maintenant les travaux d'ensemble : le mémoire allemand de HANSER (1912), le travail de l'uruguayen ALBO (1923), la communication de AUVRAY à l'Académie de Médecine de Paris (1925) et enfin la thèse de DOÏTCHINOVITCH, qui donne fort exactement la bibliographie des publications que nous venons de rappeler.

Si nous voulions compléter cet historique, nous ne trouverions à ajouter qu'une série d'observations, en vérité isolées et comme « perdues », se répartissant depuis l'année 1906 (REMEDY) jusqu'à 1937 (CAVINA), sans qu'aucune d'elles n'ait fait l'objet d'une étude d'ensemble. Grâce à l'obligeance du Professeur Agrégé CONTIADÈS, d'Athènes, nous avons eu connaissance de quelques cas inédits observés en Grèce, qui doivent faire prochainement l'objet de publications nouvelles. Enfin, il y a quelques jours, IACOBOVICI vient de faire connaître, dans *La Presse médicale*, une étonnante série personnelle de 17 cas de « kystes du pancréas » qui ne sont peut-être pas tous réellement hydatiques ou pancréatiques.

II. — ÉTIOLOGIE

Fréquence relative. — Il serait fastidieux de pointer les proportions de kystes du pancréas relevés dans les statistiques classiques, qui sont d'ailleurs de valeur fort inégale. DOÏTCHNOVITCH en a fait figurer toute une série dans un tableau de sa thèse. Bornons-nous à totaliser les chiffres ainsi réunis par lui. Sur un ensemble de 3.683 kystes hydatiques, nous trouvons 12 kystes du pancréas : soit une porportion globale de 0,32 %.

De ce chiffre nous allons rapprocher plusieurs indications complémentaires tirées d'une série de statistiques nouvelles :

COLOMBANI (1909), sur 147 cas de kystes hydatiques observés par lui en Dalmatie, cite 2 cas de kystes du pancréas.

MERMINGAS (1923), dans sa statistique grecque personnelle, relève un cas de kyste du pancréas sur 193 cas d'échinococcose.

Sur un total de 1.844 cas recueillis en Algérie, SENEVET et WITAS (1927) signalent 2 cas de kystes du pancréas.

MOLLOFF (1927) relève dans sa statistique de l'Institut anatomo-pathologique de Sofia, sur 8.653 autopsies pratiquées au cours de 26 ans, 65 cas de kystes hydatiques, dont 2 du pancréas.

BARRIENTOS (1928) en signale 1 seul cas sur 275 kystes hydatiques opérés à Santiago du Chili.

A Lisbonne, CUSTODIO CABEÇA et VILLAR (1931) citent 3 cas de kystes du pancréas sur 598 cas d'échinococcose.

Dans leur très importante statistique portant sur les kystes hydatiques relevés dans les hôpitaux de Buenos-Aires du 1^{er} janvier 1922 au 30 avril 1935, MARIANO R. CASTEX et

Daniel GREENWAY (1936) donnent 5 cas de kystes du pancréas sur un total de 3.012 cas.

GEROULANOS (1936), rapportant la statistique globale grecque, cite 5 cas de kystes hydatiques du pancréas sur 4.525 observations d'échinococcose.

Enfin, tout dernièrement (avril 1938), IACOBOVICI signalait que « par une coïncidence bizarre » il a eu l'occasion de voir, à Cluj, de 1919 à 1933, « sur une série de 74 cas de kystes hydatiques, 16 kystes du pancréas ». Cela représenterait une proportion énorme de 21,6 %. Il importe de noter que l'auteur roumain doute fort, en réalité, « de la localisation précise et absolue et du siège purement pancréatique de tous ces kystes »... Nous ne croyons pas devoir tenir compte de pareils chiffres, au surplus très incertains, qui bouleverseraient les proportions obtenues avec les autres statistiques.

Finalement, sur un ensemble de 10.659 cas d'échinococcose nous relevons 21 cas de kystes hydatiques du pancréas : soit une proportion de 0,197 %.

Ce chiffre de 0,2 % se rapproche singulièrement de celui de 0,3 % qui résultait des statistiques antérieures. Peu important, du reste, en pareille matière, les décimales auxquelles certains auteurs étrangers semblent s'attacher. Ce qui mérite d'être retenu, c'est que le kyste hydatique du pancréas constitue, en pratique, une grande rareté. Mais nous ajouterons que cette rareté n'en mérite pas moins de retenir l'attention des cliniciens, des radiologistes et des opérateurs.

Age. — Sur 71 observations où nous avons trouvé l'âge des malades signalé, nous notons :

Au-dessous de 10 ans	2 cas
De 11 à 20 ans	8 cas
De 21 à 30 ans	23 cas
De 31 à 40 ans	12 cas
De 41 à 60 ans	15 cas
Au-dessus de 60 ans	6 cas

Sexe. — Sur 84 observations précisant le sexe du malade, nous trouvons : 54 hommes contre 30 femmes.

Il se peut que la prédominance du sexe masculin résulte d'un pur hasard de séries. Peut-être tient-il simplement au fait que les hommes se font opérer plus volontiers que les femmes ? Toujours est-il que cette donnée sera susceptible de constituer, dans certains cas, un élément de présomption pour le diagnostic. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans un de nos chapitres ultérieurs.

Pays d'origine. — En terminant, nous indiquerons la fréquence des cas observés suivant les pays :

Italie, 16 cas ; Russie, 15 cas ; France, 15 cas ; Grèce, 10 cas ; République Argentine, 6 cas ; Allemagne, 6 cas ; Roumanie, 5 cas ; Espagne, 5 cas ; Algérie, 4 cas ; Australie, 3 cas ; Yougoslavie, 3 cas ; Portugal, 3 cas ; Uruguay, 3 cas ; Amérique du Nord, 2 cas ; Suisse, 2 cas ; Grande-Bretagne, 2 cas ; Bulgarie, 2 cas ; Albanie, 1 cas ; Pérou, 1 cas ; Chili, 1 cas.

En réalité, ces chiffres sont simplement en relation avec la fréquence de l'infestation hydatique dans les divers pays.

III. — PATHOGÉNIE

Les auteurs discutent complaisamment, en général, une série de voies d'apport qui seraient susceptibles d'être suivies par l'embryon hexacanthé pour parvenir au pancréas.

Or, pour la plupart, ces voies de pénétration et de cheminement répondent à de vieilles conceptions périmées. Sans trop nous attarder à leur discussion, nous ne pouvons cependant nous dispenser de les reprendre brièvement, ne serait-ce que pour élaguer ce chapitre d'une série de pathogénies désormais annulées.

En opposition avec elles, nous mettrons, d'emblée, en relief la double notion suivante :

1^o *Les kystes hydatiques de la glande pancréatique sont toujours primitifs.*

On ne connaît pas d'exemples d'échinococcose secondaire du pancréas, réserve faite pour les cas d'éventuelles récidives locales, d'origine opératoire.

2^o *La voie d'apport du germe parasitaire au pancréas est exclusivement artérielle.*

Elle résulte du passage de quelques embryons hexacanthés dans la grande circulation. Ainsi s'explique, précisément, la rareté de ces kystes.

Cela posé, passons très rapidement en revue les diverses théories pathogéniques encore quotidiennement invoquées.

Cheminement direct de l'embryon hexacanthé ? — La possibilité d'un cheminement direct de l'oncosphère depuis les anses du jéjuno-iléon, où il vient d'être mis en liberté (1), jus-

(1) L'embryon se libère de sa coque non pas dans le milieu acide de l'estomac comme il a été si longtemps classique de le croire, et comme les auteurs le répètent à l'envi, mais *dans le milieu alcalin de l'intestin* (DÉVÉ).

qu'au pancréas, plus ou moins éloigné (tête, corps ou queue), par migration active dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, apparaît aujourd'hui des plus invraisemblables et doit être rejetée, en dépit du nouveau plaidoyer qu'a récemment tenté en sa faveur le Prof. GEROULANOS, au Congrès d'Athènes (1). Au surplus, dans le plaidoyer en question on relève une confusion quelque peu surprenante entre « embryon hexacanthé » et « scolex ».

Ascension par la voie canaliculaire ? — Pas davantage ne peut être retenue aujourd'hui une prétendue ascension canaliculaire de l'embryon ayant emprunté l'orifice du canal de Santorini ou celui de Wirsung dans l'ampoule de Vater. Outre que l'hexacanthé n'est pas encore libéré de sa coque au moment où il passe à la hauteur de l'ampoule de Vater, il n'est vraiment pas « taillé » ni « outillé », avec ses six spicules, pour nager, et à contre courant, dans le suc pancréatique.

Quant à la comparaison qu'on a voulu établir, à cet égard, entre embryons hexacanthés échinococciques et ascaris, elle est sans valeur.

Pénétration lymphatique chylique ? — Est également à rejeter cette voie de pénétration, encore fréquemment soulevée et au sujet de laquelle les auteurs ne manquent pas (surtout dans les pays germaniques) d'invoquer l'autorité un peu désuète de NEISSER.

Au cours de ses expériences sur l'échinococcose primitive expérimentale, instituées chez diverses espèces animales, le Prof. F. DÉVÉ n'a observé *aucun fait* pouvant être invoqué à l'appui de cette théorie. Spécialement, dans ses expériences chez le cochon de lait, il n'a jamais pu constater, sur de multiples coupes microscopiques sériées, la présence d'embryons dans les ganglions mésentériques d'animaux qui avaient été infestés peu de temps (3, 5, 7, 9, 12 et 24 heures) avant d'être

(1) GEROULANOS. — *III^e Congrès International de Pathologie comparée*, Athènes, avril 1936, t. II, p. 171.

sacrifiés. Les masses ganglionnaires en question, examinées à diverses hauteurs, n'eussent pourtant pas dû manquer d'être abondamment intéressées, tout comme le foie et le poumon, étant donné les infestations massives utilisées dans ces expériences.

Deux fois seulement, chez deux porcelets sacrifiés après 4 mois et demi, M. DÉVÉ constata la présence d'un kyste isolé en un point de la chaîne mésentérique (systématiquement débitée en tranches de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, après fixation et durcissement des pièces dans le formol à 10 %). Ces deux kystes, centro-ganglionnaires, reconnaissaient, sans nul doute, une voie d'apport sanguine artérielle, tout comme les kystes qu'on découvrirait parallèlement dans le cœur, la langue, le corps thyroïde, le thymus, le cerveau, des mêmes animaux. Au demeurant, une hypothétique pénétration chylifère ne saurait expliquer par elle-même la localisation des kystes dans la glande pancréatique, qui, bien évidemment, ne constitue pas un « terminus » des lymphatiques intestinaux.

Voie veineuse portale ? — Démontrée pour les kystes du foie, cette voie n'est pas valable pour les kystes du pancréas. Elle supposerait une stase portale suffisamment prolongée pour permettre à l'embryon hexacanthé de se fixer (?) à la paroi endothéliale d'une veinule pancréatique et de la perforer (?). Surtout, elle supposerait un véritable reflux sanguin veineux permettant à un embryon, amené par la grande veine mésentérique, d'être charrié « à reculons » depuis le carrefour portal jusqu'au pancréas. L'hypothèse d'un aussi long cheminement passif rétrograde est tout à fait invraisemblable.

Apport par voie artérielle. — En réalité, une seule pathogénie est susceptible de donner, et fort simplement, l'explication de la rare localisation pancréatique des kystes hydatiques, tout comme elle explique les localisations kystiques

au niveau du cerveau, des muscles, des os et au niveau des viscères, tout voisins du pancréas, la rate, les reins, les capsules surrénales : c'est le hasard de l'apport passif, *par la voie artérielle*, d'un embryon hexacanthé ayant franchi le double filtre capillaire hépatique et pulmonaire, situé sur son chemin.

Expérimentation

Dans une de ses anciennes expériences concernant *l'échinococcose primitive du porc*, M. DÉVÉ a pu relever la présence de kystes dans le pancréas. Voici le protocole inédit de son expérience, tel qu'il nous a permis de le relever sur un de ses cahiers d'expériences :

« *Goret VIII*. Le 16 janvier 1910, un porcelet né le 14 novembre 1909 (donc âgé de 2 mois) est abondamment infesté avec de la crotte de chien ténifère mélangée avec du son et du lait (chien n° 10, infesté avec des « boules d'eau » fertiles de mouton, le 30 août 1909).

Il est sacrifié le 4 juin : après 140 jours (4 mois 1/2).

Foie tout constellé de petits kystes, de la grosseur moyenne d'un grain de chènevis. Poumons également criblés de petits kystes. Kystes relativement clairsemés dans la rate, les reins, les capsules surrénales. Quatre kystes dans le cœur (1 faisant saillie dans l'atrium de l'auricule droite (1), 2 dans le myocarde du ventricule gauche et 1 au niveau du pilier antérieur de la mitrale). Un kyste dans une glande sous-maxillaire, 1 dans le thymus. *Deux kystes sont découverts dans l'intimité du pancréas* (après fixation et durcissement de la glande, sections au rasoir, parallèles, perpendiculaires à son axe et rapprochées de 2 millimètres). Cerveau paraissant indemne ».

Dans une note communiquée à la Société de Biologie, le 2 juillet 1910, M. DÉVÉ avait fait allusion à *cette localisation*

(1) Ce kyste a été figuré par M. DÉVÉ dans son article sur l'échinococcose du cœur : *Nouveau Traité de Médecine*, fasc. X, 1933, fig. 2, p. 692.

pancréatique (1), en étudiant les diverses localisations de l'échinococcose primitive expérimentale du cochon de lait :

« A cet égard, écrivait-il, les divers tissus et viscères du porc peuvent être rangés en trois groupes, suivant que les kystes développés s'y montrent *confluents*, *clairsemés* ou *isolés*. Le premier groupe est formé par le poumon, le foie et la rate ; le second, par le rein, la glande surrénale et le cœur. Nos expériences nous permettent de faire rentrer dans le der-

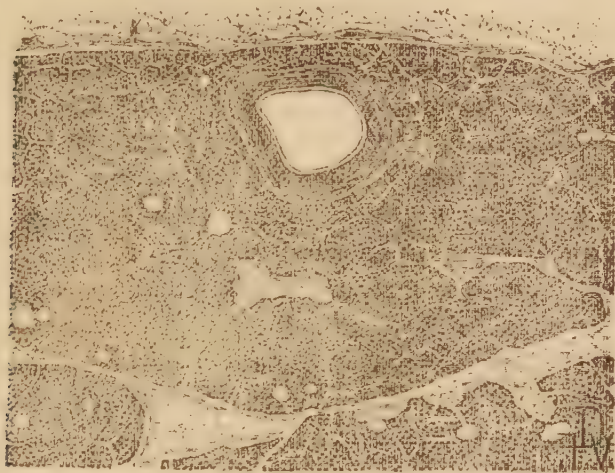


Fig. 1 (F. DÉVÉ). — Échinococcose primitive expérimentale du pancréas chez un goret sacrifié quatre mois et demi après l'infestation ! Grossissement : $\times 13$.

nier groupe : les muscles périphériques, les ganglions mésentériques, le *pancréas*, le thymus, le corps thyroïde, l'œsophage la langue, la glande sous-maxillaire, le cerveau. »

L'examen microscopique des deux petits kystes découverts dans le pancréas devait permettre d'en confirmer la nature et d'en préciser les rapports.

Le premier kyste (fig. 1) est logé dans le parenchyme glan-

(1) F. DÉVÉ. — Échinococcose primitive expérimentale du porc. *C. R. de la Société de Biologie*, t. LXIX, p. 41, 1910.

dulaire, à une petite distance de la surface antérieure du viscère (marquée par un plan régulier de tissu conjonctif).

Il est à remarquer que, en augmentant de taille, ce kyste sous-cortical n'eût pas manqué de faire saillie à la face antérieure de la glande et se fût extériorisé à ce niveau, sans plonger davantage à l'intérieur du parenchyme. Ce kyste n'était en rapports avec aucun canal muqueux ni aucun vaisseau important. On peut concevoir que l'ouverture chirurgicale d'un tel kyste n'eût été suivie d'aucune fistule pancréatique. Ajoutons que ce kyste resté univésiculaire, non compliqué, eût été légitimement justiciable de la réduction sans drainage.

En opposition frappante avec le précédent, le second kyste (fig. 2) était logé au centre même de la glande. Son adventice se trouvait, sur un tiers de son étendue, en rapports de voisinage intimes avec un gros canal pancréatique, que le kyste avait aplati et déformé en demi-lune (1).

Chez ce tout jeune kyste, l'adventice réactionnelle se trouve être encore richement cellulaire. Mais à la longue, elle se fût sclérosée, puis partiellement nécrosée. Dès lors, le canal muqueux, ulcéré latéralement, n'eût pas manqué de communiquer avec l'espace virtuel périvésiculaire. En vérité, un tel kyste était voué à une involution et une destruction précoces. Mais, à supposer que le parasite n'ait pas été rapidement altéré dans sa vitalité par le voisinage, puis par le contact du suc pancréatique, il est facile de prévoir que, s'il avait été ouvert chirurgicalement un semblable kyste aurait inévitablement donné lieu à une fistule pancréatique.

Finalement, ces deux figures qui, en fait, sont des dessins histologiques scrupuleusement exacts et nullement schématisés, pourraient tout aussi bien servir à schématiser deux grands types topographiques de kystes hydatiques du pancréas :

(1) De par sa structure (présence de *glandules* accompagnant son haut épithélium, presque cylindrique), le canal muqueux était certainement un conduit important : sans doute le Wirsung lui-même.

1^o Un *type superficiel, sous-cortical antérieur*, destiné à s'extérioriser librement en avant, dans l'arrière-cavité des épiploons ;

2^o Un *type intraglandulaire profond*, dans lequel le kyste en voie d'expansion refoulera excentriquement, autour de lui, les tissus de la glande et entrera en rapports étroits avec ses canaux muqueux.

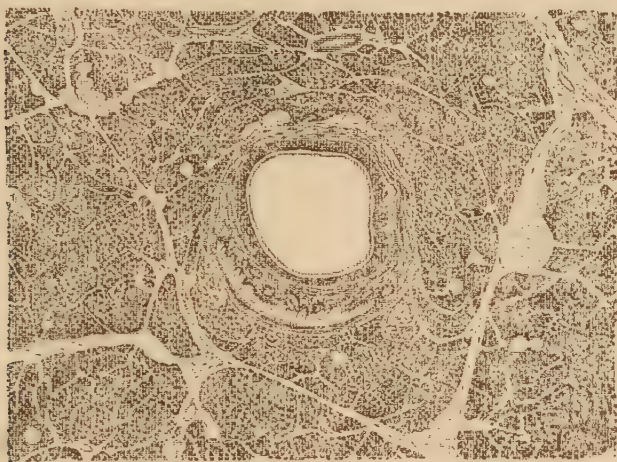


Fig. 2. (F. DÉVÉ). — Échinococcose primitive expérimentale du pancréas chez un goret sacrifié quatre mois et demi après l'infestation. — Grossissement : $\times 13$.

On pourrait imaginer un *troisième type*, dépendant de la topographie originelle de la lésion parasitaire. Né dans la zone sous-corticale de la *face postérieure de la glande*, s'extériorisant à ce niveau, le kyste entrerait, de bonne heure, en rapports avec les tissus prévertébraux. Laissons de côté les rapports d'un tel kyste avec le plexus solaire, les vaisseaux pancréatico-spléniques, etc., et bornons-nous à noter que ce kyste, prenant point d'appui sur le corps vertébral, refoulerait en avant toute l'épaisseur de la glande.

Kystes hydatiques secondaires du pancréas. — Une dernière question nous reste à discuter dans ce chapitre de pathogénie : celle des kystes hydatiques *secondaires* du pancréas.

DOÏTCHINOVITCH admet leur existence. « Les kystes hydatiques du pancréas, écrit-il (p. 20), *ne sont pas tous primitifs*. Il y en a d'autres qui sont secondaires et tirent leur origine de kystes préexistants, localisés soit dans le même organe, soit dans un autre organe ». A l'appui de son opinion, il invoque les cas de VILLAR et de RIGHETTI.

Dans le premier de ces cas, le kyste pancréatique coexistait avec des kystes multiples du péritoine — de nature indiscutablement secondaire — qui étaient consécutifs à une opération faite, deux ans auparavant, sur un kyste hydatique du foie. Cela étant, deux hypothèses sont à envisager : ou bien le kyste dit « pancréatique » reconnaissait la même origine que les autres kystes épiploïques, périspléniques, etc. En ce cas, on avait affaire à un kyste *péritonéal secondaire para ou péri-pancréatique*. Ce n'était nullement un kyste « du pancréas ». Ou bien il était nettement et intimement inclus dans le tissu pancréatique. C'est ce qui paraît avoir été le cas : kyste longé sur sa face antérieure par une « grosse veine splénique », kyste impossible à extirper en totalité par dissection, car « il faisait trop corps avec le pancréas ». Alors, il ne s'agissait pas d'un kyste « secondaire », mais d'un *kyste pancréatique primitif coexistant avec un autre kyste primitif hépatique*. Nous apporterons des exemples de cette coexistence.

Quant à l'observation de RIGHETTI, elle concerne un kyste du pancréas univésiculaire qui avait été *ouvert sans formolage préalable*. Deux ans plus tard, le malade devait être réopéré pour une *récidive hydatique in situ*. Le seul intérêt de ce cas est de rappeler aux chirurgiens — comme le cas de VILLAR, d'ailleurs, et comme le cas de HALLAUER — l'utilité de l'injection parasiticide préalable préconisée par M. DÉVÉ dès février 1901.

En réalité, il n'y a guère qu'une circonstance dans laquelle un organe tel que le pancréas pourrait devenir, tout à fait exceptionnellement, le siège d'un *kyste hydatique secondaire* : c'est le cas d'un kyste hydatique primitif du cœur s'étant rompu dans les cavités gauches et ayant donné lieu à une échinococcose métastatique de la grande circulation.

C'est une hypothèse que DOÏTCHINOVITCH a justement soulevée. On n'en connaît, à ce jour, aucun exemple. Toutefois M. DÉVÉ nous a signalé un fait (ayant échappé à DOÏTCHINOVITCH) qui démontre qu'une pareille éventualité ne serait pas rigoureusement impossible.

En 1929, le Prof. BACALOGLU (de Bucarest) a fait connaître (1) une très remarquable observation de kyste hydatique du cœur dans laquelle la rupture intra-cardiaque avait donné lieu à d'innombrables embolies cuticulaires, à une véritable « grêle emboligène » ayant criblé l'intimité de presque tous les organes. Notamment, l'examen histologique avait permis de constater, *au niveau du pancréas*, « vers la queue de l'organe », plusieurs artérioles oblitérées par des embolies cuticulaires. Deux belles microphotographies représentaient ces lésions (*Loc. cit.*, pl. XXIII, fig. 27 et 28).

Dès lors, il n'est pas douteux que, de la même façon, au lieu de simples débris cuticulaires destinés à donner lieu à de simples nodules pseudo-tuberculeux, pourraient être embolisés des *scolex vivaces*, capables de donner naissance à des kystes hydatiques secondaires, métastatiques, du pancréas.

L'éventualité est donc possible ; mais nous répétons qu'on n'en connaît jusqu'ici aucun exemple. Du reste, M. DÉVÉ a montré que cette échinococcose secondaire d'origine embolique, lorsqu'elle intéresse les viscères abdominaux (habituellement la rate et les reins), est destinée à demeurer *latente et méconnue*. C'est que les kystes métastatiques en question coexistent quasi toujours avec des kystes de même origine

(1) G. BACALOGLU, N. BALAN, L. BALLIF et C. VASILESCU. — *Clinici medicale*, Jassy, 1929, p. 373.

développés dans l'encéphale (cerveau, cervelet). Dès lors, c'est là ou les localisations cérébrales qui dominant d'emblée le tableau clinique et qui accaparent toute l'attention. Et comme leur évolution est rapide et leur pronostic inéluctable (lésions habituellement multiples), elles ne permettent jamais une longue survie : d'où la taille toujours minime des kystes viscéraux secondaires, qui fait passer ceux-ci cliniquement inaperçus.

En définitive, l'échinococcose secondaire du pancréas, si l'on devait, quelque jour, en apporter un exemple, ne constituerait guère qu'une « curiosité anatomo-pathologique dont l'intérêt serait purement pathogénique » (DÉVÉ).

IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il importe d'abord de bien circonscrire anatomiquement les faits qui vont nous occuper. Quoique la chose soit simple, nous y sommes obligés par certaines conceptions un peu nébuleuses de DOÏTCHINOVITCH, qui risquent de jeter le trouble dans notre sujet.

Délimitation du sujet. — Tout de suite, nous écarterons les cas d'échinococcose secondaire péri-pancréatique : que celle-ci se soit réalisée dans l'arrière-cavité des épiploons (cas tout à fait exceptionnel) ou qu'elle se borne à atteindre le pancréas au niveau de sa queue, dans la région pancréatico-splénique. En l'espèce, il ne s'agit naturellement pas de kystes à point de départ intra-pancréatique, mais de kystes péritonéaux devenus sous-péritonéaux et plus ou moins en contact avec la glande pancréatique. Pour les kystes réellement secondaires intra-pancréatiques, d'origine métastatique, nous venons de voir que, jusqu'à ce jour, on n'en connaît pas d'exemple.

DOÏTCHINOVITCH voudrait admettre comme une troisième variété de kystes hydatiques du pancréas (à côté des kystes primitifs et des kystes secondaires) les kystes qu'il nomme « émigrés ». Ce sont, dit-il, des « kystes localisés primitivement dans un organe voisin de la région et qui, au cours de leur évolution, s'extériorisent, deviennent de plus en plus pédiculés, prennent contact avec le pancréas et y contractent des adhérences nutritives ». Est-il besoin de dire que de tels kystes doivent être soigneusement distingués des kystes du pancréas proprement dits.

Cela étant précisé, nous étudierons les caractères anatomo-

pathologiques du kyste du pancréas, tel que nous venons de le délimiter, en nous fondant sur les observations recueillies jusqu'à ce jour.

Nous préciserons d'abord deux points : 1^o l'unicité constante du kyste hydatique dans le pancréas ; 2^o ce fait assez curieux que le kyste hydatique du pancréas constitue presque toujours une manifestation isolée de l'échinococcose primitive.

1^o *Unicité du kyste hydatique du pancréas.* — Elle est constante : nous ne connaissons aucun exemple de deux kystes hydatiques primitifs localisés dans le pancréas. Cette unicité se comprend aisément étant donné la rareté du siège pancréatique lui-même (à peine 0,2 %). On concevrait, en effet, difficilement que deux embryons hexacanthes « se donnent rendez-vous » (DÉVÉ) dans ce siège erratique.

2^o *Le kyste pancréatique, localisation habituellement isolée de l'échinococcose.* — Cette constatation est, au premier abord, plus surprenante que la précédente. Cependant elle est à rapprocher de ce qui s'observe pour d'autres localisations rares du parasite hydatique : le cœur, le cerveau, le corps thyroïde, les os, etc... Ces localisations restent ordinairement isolées. Non toujours.

Il en est de même pour le pancréas. L'analyse de nos observations détaillées montre que la localisation pancréatique isolée est la règle (environ 90 % des cas). Nous n'avons trouvé que six observations dans lesquelles on avait noté l'association d'un kyste du pancréas avec d'autres kystes viscéraux primitifs : avec un kyste du foie (obs. VI, CIV), avec deux kystes du foie (obs. CI), avec un kyste du foie et un kyste du poumon (obs. II), enfin avec un kyste du foie et peut-être un kyste de la rate (obs. XIII, XCI). — Ajoutons que dans quatre de ces observations (obs. II, VI, XIII, XCI) le kyste du foie s'était antérieurement rompu dans l'abdomen et avait donné lieu à une échinococcose secondaire

multiple du péritoine. En pareils cas, il est assez difficile d'affirmer que les kystes signalés par les auteurs comme siégeant « dans la rate » n'étaient pas simplement des kystes secondaire péritonéaux péricapulaires (1).

Nous étudierons maintenant le siège du kyste hydatique du pancréas, ses caractères généraux dans chacune des modalités, et enfin son contenu.

3^o *Siège.* — Le siège de prédilection de l'échinococcose pancréatique semble bien être la tête du pancréas. Sur 105 cas, nous relevons 38 kystes de la tête, 26 kystes du corps, 12 kystes de la queue (dans 29 observations la localisation exacte n'a pas été précisée). Ce qui, en ne tenant compte que des observations précises, donne les proportions suivantes : tête, dans 50, % ; corps, dans 34,2 % ; queue, dans 15,7 % des cas.

Cette localisation élective dans la tête du pancréas ne s'explique nullement, comme le pensait DOÏTCHINOVITCH, par « le voisinage du pancréas et du duodénum », non plus que « par la migration par voie ascendante ». Nous ne reviendrons pas sur la critique que nous avons faite de ces voies d'apport dans notre chapitre pathogénique. La voie d'apport artérielle étant la seule à retenir, la localisation prédominante s'explique, non seulement par le plus gros volume viscéral de la tête, mais aussi par certaines dispositions angéiologiques.

Rappelons que la tête du pancréas est irriguée par les artères pancréatico-duodénales et par la mésentérique supérieure, se détachant à angle aigu de leur tronc, ainsi que les ramifications auxquelles elles donneront naissance. Au contraire, le corps et la queue de l'organe sont irrigués par la branche pancréatique de l'artère mésentérique supérieure et les branches de la splénique, vaisseaux se détachant à angle droit du vaisseau principal. Dès lors, on conçoit que les em-

(1) Cf. DÉVÉ. — Rapport à la *Société de Pathologie comparée*, séance du 11 février 1936.

bryons parasitaires soient plus facilement emportés par le courant quasi direct assurant l'irrigation de la tête.

4^o *Rapports.* — Du siège du kyste découlent tout naturellement certains caractères anatomo-pathologiques, suivant que le kyste appartient à la tête, au corps ou à la queue de l'organe. Dans chacune de ces localisations il y a lieu d'envisager les rapports extérieurs de la tumeur kystique avec les organes, conduits et vaisseaux du voisinage. Nous aurons à envisager, en terminant, ses rapports avec les canaux excréteurs de la glande elle-même.

Le kyste hydatique *de la tête du pancréas* contractera, avant tout, des rapports importants avec le *canal cholédoque*. Dans la plupart des cas, celui-ci est comprimé dans son trajet intrapancréatique ; d'où un ictère chronique par rétention. En pareils cas, le cholédoque est fréquemment élargi dans la zone sus-stricturale (obs. XCIII). Dans un cas de BOBROFF (obs. VIII), il était gros comme un doigt et adhérait au kyste.

Le *duodénum* sera fréquemment déformé, repoussé, aplati. Il prend parfois l'aspect d'un tube rigide situé sous la tumeur (obs. VIII) ; il est déplacé sous la tumeur (obs. XVI) ; mais il peut être aussi repoussé en haut (obs. XXXIX). Dans le cas de JONNESCO, la première portion du duodénum était repoussée en haut par le kyste et la dernière portion coiffait complètement la tumeur. Dans celui de MORTOLA et SCHLANGER, on observait à la radioscopie, une expansion excentrique des trois premières portions du duodénum. Le kyste peut être inscrit dans l'angle duodénal supérieur (cas de DÉDÈS, où le kyste était « situé dans l'angle de D₁ et D₂ et en arrière ») ; de même dans l'observation CI. On conçoit l'importance de ces déformations duodénales, que l'examen radiologique viendra révéler.

De même, *l'estomac* et *le côlon transverse* pourront être déplacés, suivant diverses modalités. Tantôt ils seront déplacés tous deux au-dessus du kyste (obs. XXIV) ou au-dessous

de la tumeur (obs. XL). Tantôt le kyste repoussera l'estomac vers le haut, le côlon vers le bas (obs. XXXIX). Le côlon transverse peut être seul refoulé à gauche et en bas (obs. XXXVII). La tumeur soulève parfois l'estomac et le pylore (obs. LXX).

Le kyste hydatique de la tête du pancréas affecte enfin des *rapports vasculaires* importants, soit avec les vaisseaux de la glande elle-même, soit avec les vaisseaux de voisinage. La compression exercée par l'expansion progressive de la poche kystique pourra occasionner de véritables varices veineuses pancréatiques. C'est ainsi que dans l'observation XXXVII on notait que le sac fibreux du kyste était entouré d'un « large et riche réseau veineux aux parois fines et fragiles ». Dans l'observation XLIV on trouve noté que la tumeur est « masquée par des adhérences et des grosses veines ». Dans l'observation LXXXII « on voyait très nettement les ramifications des vaisseaux pancréatico-duodénaux, dans leur sens horizontal ». Quant aux rapports avec les vaisseaux du voisinage, ils s'observent surtout dans les kystes de la face postérieure du pancréas. Ainsi, dans le cas de STOLZ-DOÏRCHINOVITCH, « le kyste très adhérent s'étendait presque sur l'aorte et vers le hile du foie ». Des adhérences solides avec les vaisseaux du hile du foie ont été signalées, de même, dans l'observation XL. Dans l'observation d'AUVRAY (obs. XXXV) c'était à la veine cave inférieure elle-même que la tumeur kystique était adhérente : à tel point que, au cours de son intervention, l'opérateur provoqua une déchirure latérale du vaisseau.

Différentes seront, naturellement, les particularités anatomopathologiques des kystes localisés au niveau *du corps du pancréas*.

La poche sera parfois adhérente à l'angle duodéno-jéjunal (cas de PÉAN, cas de POENARU CAPLESCO, où l'angle duodéno-jéjunal était refoulé en avant sur la paroi antérieure du kyste). Mais c'est surtout avec le mésocôlon transverse, le

côlon et le grand épiploon que ces kystes contractent fréquemment des rapports intimes et des adhérences (obs. XIX, LVIII, LXIX, XCVIII, XCIX). L'adhérence à la paroi abdominale a été signalée dans certains cas, celui de LEJARS par exemple.

Plus intéressantes encore sont les connexions parfois étroites de la tumeur avec *l'estomac et le pylore*. Rappelons, à ce sujet, le cas de MARTIN où l'on avait pensé, lors de l'intervention, à un ulcère calleux du pylore ; « les parois de cet organe parurent fortement épaissies et indurées ». Dans le cas de GARDINER on notait une forte adhérence du kyste à la face postérieure de l'estomac. Dans celui d'OLIVER il existait des adhérences très intimes de la tumeur à la face antérieure de l'estomac.

Le kyste du corps du pancréas peut aussi contracter des rapports importants avec les *vaisseaux* du voisinage, notamment avec les vaisseaux spléniques. Ainsi, dans le cas de VILLAR (obs. XIII), une grosse veine splénique longeait la partie antérieure du kyste. Dans un cas de IACOBOWICI la veine splénique dut être ligaturée au cours de l'opération. Dans notre observation, (Con constatait, à l'opération, que les vaisseaux de la grande courbure extraordinairement dilatés avaient acquis un calibre énorme ; la veine gastro-épiploïque présentait un diamètre de 5 millimètres environ.

Les rapports avec le plexus cœliaque, bien que non spécifiés par les auteurs, existent sans nul doute. La compression exercée sur lui par le kyste expliquerait bien les crises solaires observées dans certains cas.

Quant aux kystes hydatiques localisés au niveau de la *queue du pancréas*, ils se trouvent fréquemment en rapport avec la rate, avec le ligament pancréatico - splénique (obs. XLVIII), avec les vaisseaux spléniques qui peuvent être très fortement accolés à la tumeur, sans néanmoins présenter d'anomalies de volume : cas de HANSER (obs. XXIII). Dans ce dernier cas on constatait, en revanche, une extrême dila-

tation des veines du grand épiploon et de la veine gastro-épiplœique gauche. Le kyste peut aussi être adhérent au mésocôlon transverse (obs. L). Enfin il pourra couvrir le hile rénal et la portion supérieure de l'uretère et amener, même, une dilatation légère du bassinnet (obs. LXVII).

Après les rapports extérieurs de la tumeur, il nous faut réserver une mention à ses « rapports internes ». Nous avons déjà signalé les rapports avec le cholédoque. Nous voulons viser ici les rapports du kyste avec *les canaux pancréatiques* et notamment avec le canal de Wirsung. Ce dernier peut se trouver comprimé par le kyste, cheminer sur sa surface, contracter des adhérences plus ou moins intimes avec la capsule fibreuse. La compression peut sans doute aussi s'exercer sur le canal de Santorini. Ainsi s'expliquent les troubles d'insuffisance pancréatique fréquemment observés chez les malades. Ces troubles seront d'autant plus accusés que le kyste comprimera les canaux excréteurs principaux, plus près de l'ampoule de Vater. Ainsi nous entrevoyons une des imprudences de l'extirpation totale qui, sans doute plus souvent qu'on ne l'a rapporté, a dû léser les canaux excréteurs plus ou moins incorporés au kyste. RICARD signale dans son observation que « dans le pédicule du kyste — il s'agissait d'un kyste qui s'était pédiculisé — se trouvait le pancréas qui fut sectionné en travers, de sorte qu'on voyait très nettement le canal de Wirsung ». C'est le seul cas où figure expressément l'atteinte de ce conduit.

5^o *État du kyste hydatique.* — Le kyste est-il simple, *univésiculaire et non compliqué*? Son contenu est, alors, constitué par une membrane-mère vivante renfermant son classique liquide « eau de roche ». Nous avons pu en relever toute une série d'observations typiques, concernant, pour la plupart des kystes de la tête du pancréas : nous reviendrons, par la suite, sur cette particularité. Dans d'autres cas de kystes univésiculaires, le liquide pourra être devenu trouble, puriforme ou

franchement purulent. Nous avons relevé 13 exemples de kystes suppurés sur 63 observations suffisamment détaillées. Nous n'insisterons pas sur le mode d'infection du kyste, qui ne présente rien de bien particulier (origine sanguine, lymphatique ou canaliculaire, selon les cas). Bornons-nous à remarquer que, en opposition avec la fréquence relative de la suppuration gazeuse (anaréobie) des kystes hydatiques du foie, nous n'avons pu trouver d'exemples de kystes suppurés gazeux du niveau du pancréas.

Mais le plus souvent, le kyste, déjà âgé et plus ou moins « menacé dans sa vitalité » est devenu *multivésiculaire* : il renferme de très nombreuses vésicules-filles, les unes affaissées, mortes, les autres vivantes et fertiles. En pareil cas, on comprend que le « sable hydatique » répandu dans la poche ou dans la plaie par la rupture de ces hydatides scolificères puisse devenir l'origine d'une *récidive* ultérieure, si l'opérateur n'a pas pris soin de pratiquer un formolage parasiticide. A vrai dire, cette éventualité ne paraît s'être réalisée qu'exceptionnellement (obs. XXXIX).

Mentionnons en passant que la poche kystique, parfois irrégulière, peut être bilobée (obs. LXIX, XCVIII, C).

Dans un seul cas (obs. LII) le kyste était entré en *involution*, s'était affaissé, contracté, et constituait ce qu'on appelle parfois un « kyste sec », un « kyste mort ».

Nous signalerons enfin que, ici comme dans la plupart des localisations du parasite hydatique, la capsule scléreuse adventice, plus ou moins nécrosée au contact des formations parasitaires, peut, à la longue, se charger de sels calcaires : on a affaire à un *kyste calcifié*. Il faut se rappeler, du reste, qu'un kyste à parois plus ou moins calcifiées n'est pas forcément, pour cela, un kyste mort ; certains de ces kystes renferment encore des hydatides rebondies, vivantes et fertiles : c'était, par exemple, le cas dans notre observation C.

La calcification du kyste offre un double intérêt : radiologique et chirurgical. Parfois, en effet, elle peut être reconnue

sans difficultés sur les films radiologiques. Dans ce cas, elle apporte un appoint précieux au diagnostic; car la calcification des kystes non hydatiques du pancréas est tout à fait exceptionnelle, si même il en existe des exemples. L'observation récente de CAVINA fournit, avec radiographie à l'appui, un bel exemple de gros kyste hydatique du pancréas calcifié.

D'autre part, l'infiltration calcaire de la capsule adventice intéresse le chirurgien parce que, ici de même que dans la plupart des localisations viscérales de l'échinococcose (foie, rate, etc...), la calcification commande, aux yeux de la plupart des chirurgiens, la *marsupialisation*. Or, en gênant l'affaîssement de la poche, elle est cause d'une longue persistance de la fistule kystique.

V. — SYMPTOMATOLOGIE

Avant d'entrer dans la description symptomatique des kystes hydatiques du pancréas considérés dans les trois grandes localisations — au niveau de la tête, du corps et de la queue du viscère, — nous donnerons une vue d'ensemble de la séméiologie commune à ces kystes. Nous ne nous y étendrons d'ailleurs pas longuement, car cette étude a été faite avec soin par DOÏTCHINOVITCH. Pour établir cet aperçu nous nous baserons surtout sur nos nouvelles observations.

A. — Étude séméiologique

Conformément à ce qui s'observe dans la plupart des localisations de la maladie échinococcique, le kyste hydatique du pancréas offre toujours un début clinique insidieux. Mis à part quelques cas dans lesquels la poche kystique localisée au niveau de la tête de l'organe provoque, de façon relativement précoce, une déviation, une compression, voire une simple irritation spasmogène du cholédoque, génératrices d'un ictère qui appelle évidemment l'attention, la tumeur parasitaire elle-même n'est généralement découverte que tardivement. Sa constatation est le plus souvent, mais non toujours, précédée ou accompagnée de troubles fonctionnels et de troubles généraux plus ou moins accusés, que nous envisagerons avant d'aborder la description des caractères propres à la tumeur hydatique.

1^o *Troubles douloureux.* — D'intensité très variable, la douleur constitue un symptôme fréquent et parfois précoce.

Mais ses caractères, qui varient avec le siège du kyste, avec son contenu suppuré ou non, avec les adhérences que la lésion peut contracter avec les organes voisins, se prêtent assez mal à une description d'ensemble. Tantôt il s'agira de douleurs vagues, mal localisées dans la région abdominale supérieure. Tantôt la douleur sera plus précise et siègera au niveau de l'épigastre ou d'un des hypocondres. Elle pourra s'accompagner d'irradiations dans la région lombaire (obs. LXXXII), dans la région thoracique (obs. X) ou même se généraliser à tout l'abdomen (obs. XI.). Violente, dans certains cas, elle pourra affecter le type de la névralgie cœliaque (obs. XCV). D'autres fois, par son intermittence, son accompagnement d'ictère, par son siège même et ses irradiations, elle rappellera de très près la colique hépatique. Au surplus, nous aurons à revenir sur ces caractères en étudiant les divers types anatomo-cliniques.

2° *Troubles digestifs.* — Comme il était aisé de le prévoir, c'est lorsque le kyste siègera au niveau de la tête du pancréas que les troubles digestifs atteindront leur maximum de fréquence. Nous verrons, d'ailleurs, que, même alors, ils pourront faire défaut. Disons immédiatement que ces troubles semblent liés, dans le cas particulier, presque autant à l'insuffisance biliaire qu'à l'insuffisance pancréatique. Cependant on peut observer des manifestations dyspeptiques dans toutes les localisations du kyste, et par conséquent indépendamment de la rétention biliaire.

Sans parler des troubles liés à une action mécanique exercée par la tumeur sur le tractus digestif voisin (estomac, pylore, duodénum), on peut observer toute la série des manifestations dyspeptiques. Variations de l'appétit pouvant aller jusqu'à l'anorexie, langue saburrale, digestions pénibles, flatulences, pyrosis, nausées, vomissements simples, alimentaires ou bilieux, somnolences, etc..., sont des symptômes qu'on retrouve dans le plus grand nombre des observations. Le

dégoût des graisses, signalé par divers auteurs, était manifeste dans une de nos observations (obs. XCIX). Pourtant l'appétit peut être conservé (obs. LV, XL).

On note souvent de la constipation (obs. X, XIX, XXXII), quelquefois des alternatives de constipation et de diarrhée (obs. XLV, LXXXIV), enfin parfois de la diarrhée (obs. C).

La constatation de selles fétides et graisseuses (stéarrhée) doit nous arrêter un instant parce qu'elle pourrait être considérée, ici, comme un signe manifeste d'insuffisance pancréatique. En réalité, la chose apparaît assez discutable; car c'est presque exclusivement dans les cas accompagnés d'ictère que le signe en question a été observé. Il est à regretter que manquent, dans la plupart des observations, les renseignements précis concernant la recherche des tests d'insuffisance pancréatique (repas d'épreuve, tubage duodénal, examen chimique et microscopique des selles, etc...). Seule, l'observation de TIXIER (obs. LXXI) comporte une exploration complète des modifications coprologiques qui devaient révéler une insuffisance pancréatique certaine.

La constatation d'une stéarrhée, qui doit éveiller l'idée d'une lésion pancréatique, invitera en pareils cas le clinicien à mettre en œuvre les examens spéciaux destinés à établir l'existence d'une insuffisance de la « glande salivaire abdominale ». Le tubage duodénal, moyen d'investigation précieux, n'a été pratiqué jusqu'ici que dans un petit nombre de cas (obs. XLIV, LXXXII). Dans le cas de KOSTITCH, il avait montré « l'absence de bile et la présence de ferments pancréatiques dont le pouvoir digestif était considérablement diminué ». En revanche, dans le cas de MORTOLA et SCHLANGER, il ne devait rien révéler d'anormal. On sait, au surplus, que les renseignements fournis par cette exploration sont assez souvent d'une interprétation délicate. On ne peut tenir compte que des déficiences très marquées, car les insuffisances légères ou moyennes sont généralement voilées par des vicariances sécrétoires (lipases gastrique, intestinale, splénique, etc...).

3^o *Ictère.* — Nous ne ferons que citer ici ce symptôme qui s'observe exclusivement dans le cas des kystes hydatiques de la tête du pancréas. Nous l'étudierons à leur propos et nous aurons à discuter, alors, ses modalités cliniques et pathogéniques.

4^o *Troubles de l'état général.* — Que l'amaigrissement des malades soit très fréquemment signalé dans les observations, on ne s'en étonnera pas. Ordinairement, il s'agit d'un amaigrissement important et à marche rapide. Il était de 12 kilos en 6 mois dans un cas de PUTZU ; de 20 à 30 kilos en 3 ans, dans celui d'ALBO ; de 10 kilos en quelques mois, chez le malade de KOSTITCH ; de 9 kilos en 7 mois, chez celui de MORTOLA et SCHLANGER ; il avait été de 17 kilos en 7 mois dans le cas signalé par RABUFFETTI. Pourtant l'amaigrissement peut faire défaut. Dans un des cas de RICHETTI, il avait manqué, bien que le kyste siègeât au niveau de la tête du pancréas ; à vrai dire, l'ictère était absent, dans ce cas et l'appétit était conservé. Mais l'amaigrissement peut s'observer même lorsque les fonctions digestives sont normales et qu'une insuffisance digestive, hépato-biliaire ou pancréatique, ne peut être incriminée. Le symptôme prend alors une valeur particulière. C'est ainsi que, dans une de nos observations inédites (obs. CI), le malade avait maigri de 12 kilos en 4 mois, bien qu'il ne présentât ni ictère ni troubles digestifs.

Sans vouloir entrer ici dans des questions de physiologie pathologique qui nous éloigneraient de notre sujet précis et déjà suffisamment étendu, nous rappellerons, avec LOEPER, que l'amaigrissement et la cachexie observés au cours des affections provoquant la rétention pancréatique semblent résulter bien moins de la diminution ou de la suppression de la digestion pancréatique que d'une action exercée sur tous les tissus par des ferments pancréatiques en excès dans l'organisme.

5° *Glycosurie.* — Par son voisinage ou par son siège dans une glande, le parasite hydatique n'amène pas, en général, de troubles glandulaires. La chose est aussi vraie au niveau du pancréas qu'elle l'est au niveau du foie, du corps thyroïde, etc... Les troubles d'insuffisance pancréatique sont imputables uniquement à la gêne excrétoire. La fonction endocrinienne elle-même ne paraît jamais diminuée.

C'est seulement dans les observations de COLOMBANI, de CHUTRO, de GARDINER, de KESSLER et de STOLZ que nous avons trouvé signalée une glycosurie, au surplus modérée. Celle-ci pourrait d'ailleurs être attribuée avec vraisemblance à une insuffisance hépatique provoquée par la rétention biliaire. En effet, à l'exception du cas de GARDINER, concernant un kyste du corps de la glande, les autres cas avaient trait à des kystes de la tête du pancréas ayant provoqué l'ictère. Du reste, comme l'a montré P. CARNOT, la glycosurie est, le plus souvent, absente au cours des maladies de la glande pancréatique, « quelle que soit l'étendue et l'intensité de la lésion du pancréas ».

6° *Signes physiques. La tumeur.* — La constatation d'une tumeur siégeant à l'épigastre, dans la région ombilicale, ou dans la région hypocondriaque, voire même dans le flanc gauche, est généralement assez tardive et est précédée de l'apparition d'un ictère ou de troubles digestifs et douloureux que nous venons de résumer. Cependant, dans les cas où l'ictère fait défaut, la tumeur a pu être notée comme la première manifestation clinique.

Parfois découverte par le malade lui-même, elle a pu rester plusieurs mois (obs. XXIV, LII), voire même plusieurs années (2 et 3 ans, dans les observations russes de BOBROFF et de МАМІКОНОВ), avant d'être soumise à l'examen du médecin.

D'un volume variable, qui peut aller d'une orange à une tête d'adulte et au delà, elle est susceptible de soulever la

paroi abdominale en déterminant une voussure de la région ombilicale ou sus-ombilicale, visible à l'épigastre, à droite ou à gauche de la ligne médiane.

Dans la règle, il s'agit d'une tuméfaction globuleuse, lisse, de consistance élastique, *rénitente*, parfois dure. Généralement indolore, elle est quelquefois sensible à la pression, même indépendamment de toute complication ou d'altération de son contenu.

Les signes fournis par la percussion varieront suivant le volume, le siège de la tumeur kystique, la direction qu'elle aura prise au cours de son expansion et les rapports qu'elle affectera avec le lobe gauche du foie, avec l'estomac et le côlon transverse. Bien entendu, la matité de la tumeur se trouvera masquée par la sonorité gastro-intestinale ambiante, lorsqu'elle sera encore de petite taille.

Lorsque, comme dans une de nos observations (obs. XCIX), le kyste s'est développé au-dessus de la petite courbure de l'estomac, sa matité se continuera avec celle du foie. Au contraire, quand la poche se sera insinuée entre l'estomac et le côlon ou, plus encore, lorsqu'elle pointera au-dessous du côlon, on notera une zone sonore séparant sa matité de celle du foie (obs. XVI, XVII).

La percussion révélera parfois — rarement — le signe pathognomonique qu'est le *frémissement hydatique*. Nous ne l'avons relevé que dans deux observations (GROSSDOFF, H. VEGAS). Il est digne de remarque que dans l'une d'elles, celle de Herrera VEGAS, le kyste, contrairement à la règle observée en pareils cas, était univésiculaire.

Autre signe un peu particulier, la tumeur est parfois animée de *battements* synchrones au pouls. On a affaire à un soulèvement de la tumeur et nullement à des mouvements d'expansion : il s'agit d'une transmission, par le kyste, des pulsations aortiques.

Une dernière particularité nous reste à signaler dans ce

chapitre de séméiologie : *la mobilité* plus ou moins nette de la tumeur.

On sait que, en général, les tumeurs pancréatiques sont immobiles et qu'elles ne suivent pas les mouvements respiratoires. Or, cette règle n'est nullement absolue, en matière de kystes hydatiques du pancréas, tumeurs qui débordent fréquemment les limites de la glande, tumeurs parfois pédiculées et qui contractent assez souvent des adhérences avec les organes sous-diaphragmatiques dont ils suivent les mouvements. Ainsi s'explique qu'on voie signalée la mobilité du kyste avec les mouvements respiratoires, surtout dans les inspirations profondes (obs. VEGAS, TIXIER).

Quant à la mobilisation de la tumeur à travers la paroi abdominale par le clinicien qui l'explore, elle est variable surtout avec le siège originel des kystes. Ceux de la tête du pancréas sont habituellement très peu mobiles ou même franchement immobiles (comme dans l'obs. CI). Cependant, même dans cette localisation, on a pu noter une tumeur mobilisable dans le sens transversal ou dans le sens vertical. Une assez large mobilité est surtout le fait des kystes de la queue du pancréas : la chose se conçoit aisément. Mais elle a pu s'observer également dans certains kystes pédiculés du corps du viscère.

Tels sont les principaux caractères cliniques communs aux diverses variétés topographiques des kystes hydatiques du pancréas. Il nous reste à préciser les particularités qui appartiennent plus spécialement à chacune d'elles.

B. — Symptomatologie particulière aux trois types anatomo-clipiques

Kyste hydatique de la tête du pancréas.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, c'est là le siège le plus fréquent du parasite échinococcique dans le pan-

créas. *A priori*, cette localisation doit être aussi la plus intéressante, du fait de la symptomatologie d'emprunt qu'elle sera susceptible de prendre au contact de l'anse pyloro-duodénale et surtout du *cholédoque*. En effet, le kyste localisé à ce niveau donnera souvent lieu au symptôme *ictère*, qui soulèvera fréquemment, comme on peut le prévoir, de grandes difficultés de diagnostic. Aussi l'étude de ce type nous a-t-il paru mériter quelques développements — d'autant que, jusqu'ici, sa description ne paraît pas avoir suffisamment retenu l'attention des auteurs.

Parmi les 37 observations ressortissant à ce groupe, que nous avons relevées sur notre centaine de cas, nous n'en avons retenu, pour notre étude, que 28 qui fussent suffisamment précises et détaillées. Leur analyse va nous permettre une série de remarques intéressantes sur lesquelles notre maître, M. DÉVÉ, a appelé notre attention.

Tout d'abord, on retiendra que ces 28 observations intéressaient 21 hommes et seulement 6 femmes (une des observations ne donne pas d'indications de sexe). Simple hasard de série peut-être. Il n'en est pas moins curieux de constater que le *sex masculin* était intéressé dans au moins 75 % des cas.

Seconde remarque : sur 25 observations comportant l'indication d'âge, nous avons trouvé 17 malades âgés de *moins de 30 ans* : soit 68 %. Et, notamment, sur 14 cas accompagnés d'ictère, 10 des malades avaient moins de 30 ans (71 %).

Troisième constatation, d'ordre clinique : sur nos 28 cas, 18 se sont accompagnés d'ictère ; 10 étaient exempts de ce symptôme. *L'ictère fait donc défaut dans plus du tiers des cas*. Cela s'explique simplement par le siège particulier du kyste, qui pourra être inférieur ou antérieur ou interne par rapport au trajet intra-pancréatique du cholédoque, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'éventualité d'une exceptionnelle anomalie dans le trajet de ce conduit. Cette particularité s'explique aussi par le fait que, même lorsqu'il est parvenu au contact du cholédoque, le kyste n'aborde ce canal que laté-

ralement, par une de ses faces. Il le courbe, le déforme, l'aplatit, plus qu'il ne l'écrase réellement. En cela, il se comporte bien différemment du cancer de la tête du pancréas qui l'envahit intimement et, pour ainsi dire, le « ligature » circulairement. Néanmoins, on conçoit bien que le kyste puisse amener un aplatissement total de la lumière du conduit biliaire au niveau de sa portion terminale.

Quatrième remarque : dans les 18 cas accompagnés d'ictère, 11 fois celui-ci avait été progressif, puis *total* et *permanent* — à la façon de l'ictère du cancer de la tête du pancréas — et 7 fois *variable*, *intermittent*, à reprises, et généralement accompagné, alors, de *crises douloureuses* : bref, en tout semblable à l'ictère de la lithiase cholédocienne. En fait, ce sont les deux principales erreurs de diagnostic que le kyste de la tête du pancréas a provoquées et qui n'ont été redressées que sur la table d'opération ou même (cas COLOMBANI, MADINANEÏRIA) sur la table d'autopsie.

Nous ajouterons dès maintenant que l'erreur est d'autant plus explicable et excusable que souvent, en pareil cas, l'important élément clinique que constitue « la tumeur » fait défaut ou pour le moins est facilement méconnu. Outre que le kyste est situé profondément et se trouve plus ou moins masqué par le duodénum et le côlon, il est ordinairement d'une petite taille relative, alors qu'il provoque déjà des troubles de compression. A cet égard, nous avons trouvé les comparaisons suivantes, données à la suite de constatations opératoires : « mandarine », 1 fois ; « orange », 6 fois ; « poing », 3 fois. Deux fois seulement le kyste atteignait la taille d'une « tête de fœtus ».

Cette taille modérée de la tumeur, qui correspond à un âge parasitaire relativement peu avancé, va nous expliquer une autre constatation d'ordre anatomo-pathologique qui offre un grand intérêt chirurgical : c'est que, 10 fois sur 12 observations explicites, le kyste ayant provoqué l'ictère était resté *univésiculaire* et *vivant*. Il renfermait un liquide « eau de

roche » et une vésicule-mère fertile (avec sable hydatique), mais pas de vésicules-filles. La poche pouvait donc être stérilisée facilement par un formolage préalable et aisément libérée de sa membrane-mère, enlevée d'une pièce.

Ces remarques préalables faites, nous arrivons à la symptomatologie du kyste hydatique de la tête du pancréas. Trois types cliniques peuvent être décrits : 1^o une forme tumorale anictérique, simulant une tumeur kystique du lobe gauche du foie, du pancréas ou du mésentère ; 2^o une forme avec ictère chronique simulant le cancer de la tête du pancréas ; enfin 3^o une forme avec ictère variable accompagné de crises douloureuses, simulant la lithiasé du cholédoque.

1^o *Forme tumorale anictérique.* — Elle comporte une phase prodromique, du reste commune aux autres formes, et qui dure quelques mois : 3, 5, 6, 8 mois, parfois plus d'un an (obs. XVII, XL, XLIII, CI). Cette phase comporte des troubles dyspeptiques et douloureux vagues et un amaigrissement plus ou moins marqué, que nous avons décrits dans notre étude séméiologique. Ce qui caractérise surtout la forme envisagée, c'est l'existence d'une *tumeur* de la région ombilicale ou sus-ombilicale, latérale droite ou à peu près médiane. Nous ne reviendrons pas ici sur ses caractères de fixité ou de mobilité relative, sur sa consistance, sur son indolence habituelle quoique inconstante.

On peut donner en exemples de ce type les observations de JONNESCO, CRAGLIETTO, SIMONCELLI, AUVRAY, MAMIKONOFF, RIGHETTI-2, MATA, KESSLER, BIANCARDINI.

2^o *Forme avec ictère progressif et permanent.* — Troubles dyspeptiques initiaux ; — douleurs, parfois vagues et fugaces parfois vives et même « violentes » (RABUFFETTI), pouvant affecter le type de « colique hépatique » (obs. LXXXI, LXXXIV) ; — ictère s'installant progressivement et de façon immuable, affectant d'emblée le type d'ictère par réten-

tion (avec prurit et décoloration permanente des matières fécales) ; — augmentation de volume du foie, accompagnée d'une dilatation de la vésicule, d'une « tumeur biliaire », perceptible à la palpation et qu'il ne faut pas prendre pour une tumeur kystique ; — apyrexie à peu près constante ; — enfin amaigrissement plus ou moins rapide : tel est l'ensemble symptomatique observé en pareils cas.

On conçoit que ce tableau évoque, d'emblée, l'idée d'un cancer de la tête du pancréas, d'autant que, comme nous l'avons fait remarquer précédemment, la « tumeur kystique » qui permettrait de soupçonner le diagnostic exact fait le plus souvent défaut. Il est vrai que, à lui seul, l'âge relativement jeune des malades, sur lequel nous avons insisté (au-dessous de 30 ans, dans 71 % des cas) devrait rendre l'hypothèse de cancer de la tête du pancréas, *à priori*, peu probable.

Parmi les observations rassemblées dans ce travail (on en trouverait une série d'autres dans la thèse de DOÏTCHINOVITCH), les cas de RABUFFETTI, de TANTON, de BINGHI, de HOCHÉ se rapportent à ce type clinique.

3^o *Forme avec ictère variable et crises douloureuses paroxysmiques.* — Pour donner une idée de ce type clinique, nous ne saurions mieux faire que d'en résumer deux observations typiques.

Obs. MORTOLA-SCHLANGER : Homme de 30 ans. A commencé à ressentir, il y a huit mois, une douleur diffuse dans la région épigastrique, irradiant dans la région lombaire droite. Un mois plus tard, ictère et fièvre pendant quelques jours. Au bout d'un mois, amélioration. Réapparition des mêmes symptômes, au bout de trois semaines. Amaigrissement. Douleur dans la zone pancréatico-cholédocienne et au niveau du point cystique. On pense d'abord à une lithiase cholédocienne...

Obs. PUTZU : Homme de 25 ans. Après une période de malaises et de fatigue, débute un ictère avec décoloration des matières fécales, accompagné de douleur dans l'hypo-

condre droit. Cet état dure deux mois. « A la mi-janvier, le malade fut pris, dans les premières heures de la matinée, de coliques hépatiques avec accès de fièvre et sueurs profuses. Cela se répéta plusieurs jours de suite. On fit le diagnostic d'ictère par angiocholite ». Périodes d'amélioration alternant avec des périodes d'aggravation. « A trois reprises, la coloration ictérique s'atténuait, les urines devenaient plus claires, les fèces se recoloraient. Aux mois de février et de mars, il eut plusieurs accès de coliques intenses, avec douleurs localisées dans la région hépatique, fièvre, sueurs profuses »...

Immédiatement, nous ferons remarquer que ni dans l'un ni dans l'autre de ces deux cas caractéristiques le kyste causal n'était compliqué : il était univésiculaire et renfermait un liquide « eau de roche ». D'autre part, il n'existait aucune lithiasie biliaire concomitante.

Nous pourrions citer d'autres observations du même genre : obs. TIXIER, RICHETTI, DÉDÈS, STOLZ-DOÏTCHINOVITCH (nous ferons, tout à l'heure, une réserve pour cette dernière).

On conçoit combien, en pareil cas, le diagnostic différentiel avec la lithiasie cholédocienne pourra être difficile, en l'absence fréquente de tumeur nettement perceptible à l'épigastre. Sans doute, le tamisage des selles, en montrant l'élimination de calculs, le tubage duodénal, en révélant la présence de calculins, et surtout la radiographie (avec ou sans tétraiode), en mettant en évidence l'existence de calculs dans les voies biliaires, permettraient de conclure à la lithiasie. Mais l'absence de ces signes n'a pas une valeur éliminatoire absolue.

Avec notre maître M. DÉVÉ, nous pensons que la notion de *sexe* et d'*âge* du malade pourra fournir ici, sinon un argument certain, du moins un premier appoint de probabilité au diagnostic. En effet, dans la plupart des observations c'étaient des *hommes* qui étaient en cause et des hommes

jeunes, chez lesquels la lithiasé biliaire est tout à fait exceptionnelle.

Nous reprendrons à ce propos, la notion indiquée naguère par M. DÉVÉ, au sujet du diagnostic différentiel entre la colique hépatique calculeuse et la colique hépatique hydatique liée à l'ouverture des kystes du foie dans les voies biliaires (1). « Le sexe de l'individu peut, jusqu'à un certain point, constituer un élément de présomption lorsqu'il s'agit d'un homme... La notion d'âge apportera parfois un autre élément de présomption quand on sera en présence d'un individu jeune ». Et M. DÉVÉ concluait : « Une colique hépatique franche survenant chez un homme de moins de 30 ans devrait, *à priori*, éveiller le soupçon d'une élimination hydatique biliaire » (2). Avec notre maître, qui nous l'a suggéré, nous ajouterons aujourd'hui ce correctif : ou d'un *kyste hydatique de la tête du pancréas*.

Ceci nous conduit à nous demander quelles peuvent être les raisons, et de cette *variabilité de l'ictère* dans des cas où l'obstacle kystique reste immuable, et de cet accompagnement de *coliques hépatiques*, alors qu'il ne se produit aucune migration de débris hydatiques dans les voies biliaires.

DOÏTCHINOVITCH a bien écrit dans sa thèse (p. 43) : « Il ne faut pas perdre de vue la possibilité de la rupture du kyste dans les voies biliaires, qui s'accompagne régulièrement d'ictère et de coliques hépatiques, par suite de l'expulsion de vésicules-filles ». Or, en matière de kystes hydatiques *du pancréas*, même de kyste de la tête en rapports immédiats avec le cholédoque, nous ne connaissons *aucun exemple de pareille déhiscence*.

L'apparition de coliques hépatiques s'expliquera, à la rigueur, par la *coexistence d'une lithiasé biliaire*, favorisée

(1) F. DÉVÉ. — « Colique biliaire hydatique et colique biliaire calculeuse ». *C. R. de la Soc. de Biologie*, 14 juin 1924.

(2) M. DÉVÉ est revenu sur cette notion dans une de ses conférences faites à Buenos-Aires. Cf. *Trente-deux années d'étude de l'échinococcose*, Buenos-Aires, 1933, p. 79.

peut-être par la stase biliaire. Cette éventualité s'est réalisée dans le cas de STOLZ-DOÏTCHINOVITCH (élimination contrôlée de calculs biliaires dans les selles). Mais nous ne l'avons relevé dans aucun autre cas.

La variabilité de l'ictère peut s'expliquer par l'intervention d'un *élément spasmodique* portant sur le sphincter d'Oddi ou sur le cholédoque lui-même, irrités au voisinage ou au contact du kyste. Elle semble pouvoir être expliquée aussi par ce fait que le kyste n'oblitére pas hermétiquement le canal cholédoque à sa terminaison, comme le fait le cancer. Par suite, ne se trouvera pas supprimée la possibilité d'une infection biliaire ascendante, sans parler d'infection biliaire descendante toujours possible. En définitive, c'est par l'intervention d'une irritation *angiocholitique* plus ou moins atténuée que nous paraîtraient s'expliquer le plus simplement les accidents intermittents que nous avons eus en vue dans ce chapitre : ictère variable, douleurs paroxysmiques, accès de fièvre et sueurs.

Quoiqu'il en soit, cette forme particulière du kyste hydatique de la tête du pancréas nous a paru mériter d'être isolée et mise en relief.

Nous serons plus bref au sujet des deux autres localisations du kyste hydatique dans le pancréas.

Kystes du corps du pancréas.

Ici également, nous avons retenu, pour notre description, les observations suffisamment détaillées. Elles sont au nombre d'une quinzaine. En les analysant, nous avons remarqué, d'abord, que, contrairement à ce que nous avons constaté dans les cas du groupe précédent, l'âge des malades est relativement avancé ; la majorité d'entre eux ont *plus de 40 ans* : dans 53 % des cas. On relève même, dans cette série, des chiffres inconnus dans le groupe des kystes de la

tête (où l'on rencontrait seulement 2 hommes âgés de 50 ans et 1 âgé de 54 ans). Un malade de MARTIN avait 71 ans, celui de CAPELLI, 72 ans et celui de GARDINER, 74 ans. Cette particularité s'explique par le fait que la tumeur kystique a pu se développer ici sans provoquer de troubles de compression importants et a permis une longue survie.

Une seconde remarque, connexe de la précédente, achèvera d'opposer ce groupe à celui des kystes de la tête : c'est (indépendamment de l'absence constante d'ictère) la quasi *constance de la tumeur*. Nous ajouterons : et *son volume*. Celui-ci atteint ordinairement la taille d'une tête de fœtus, d'une tête d'enfant (obs. XXXIII, LVII), et même des dimensions telles que, dans le cas de LEJARS, la « masse énorme » allait « des fausses-côtes à la région hypogastrique » et que, dans le cas de James OLIVER, elle avait été confondue avec une tumeur ovarienne. On comprend que, dans ces conditions, la tuméfaction soit non seulement palpable, mais qu'elle détermine souvent une voussure immédiatement frappante.

Cette tumeur siège ordinairement au niveau de la moitié gauche de la région épigastrique ; moins fréquemment elle s'avance dans l'hypocondre gauche. Tantôt, pointant sous l'estomac, elle est entourée d'une zone sonore ; tantôt, au contraire, saillante au-dessus de la petite courbure de l'estomac, elle se trouve en continuité avec la matité hépatique et est confondue avec un kyste hydatique du lobe gauche du foie (obs. XCIX).

Nous n'insisterons pas sur les caractères physiques de cette tumeur : surface régulièrement arrondie, indolence habituelle, rénitence. En général, elle est un peu mobile. Il est exceptionnel qu'on puisse lui imprimer des mouvements de latéralité et que, lorsqu'elle siège sous les fausses-côtes gauches, on puisse lui faire franchir la ligne médiane dans le décubitus latéral droit, comme dans un cas de MIRIZZI. Notons que, dans un second cas de MIRIZZI on avait

obtenu, par la palpation bimanuelle, la sensation du contact lombaire. En outre, dans ce même cas on avait constaté la transmission des battements aortiques.

Deux ordres de troubles fonctionnels nous restent à signaler : les douleurs et les troubles digestifs.

La douleur est ici un symptôme très inconstant. Elle manquait même dans la majorité des observations que nous avons analysées. Souvent atténuée et sans grand caractère, elle siège à la région épigastrique. Plus vive, elle irradie vers l'épaule gauche (obs. XI, LCIX) ou vers la région lombaire (obs. XIX, XCIX).

Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, étant donnés les rapports théoriques de la tumeur avec la région du plexus solaire, le kyste du corps du pancréas ne paraît avoir donné que rarement lieu à des douleurs violentes pouvant être rattachées à la névralgie cœliaque. Nous n'avons guère relevé de douleurs de ce genre que dans l'observation de KRYLOFF et celle de LAZARESCU.

Beaucoup plus fréquents et plus importants sont les signes digestifs, et plus spécialement les *troubles gastriques*. Les rapports intimes que le kyste affecte, en pareils cas, avec l'estomac (grande ou petite courbure, face postérieure de la région pylorique) expliquent facilement cette symptomatologie d'emprunt — nausées, douleurs, brûlures gastriques à caractère tardif, vomissements alimentaires à répétition, parfois hémorragiques (obs. XI) — qui, dans une série d'observations (obs. XI, XLV, LXIX, XCVIII), ont fait poser le diagnostic d'ulcus gastrique de la petite courbure ou d'ulcus pylorique plus ou moins « calleux ».

Nous reviendrons plus loin, dans un chapitre spécial sur les signes radiologiques révélés dans les cas de cet ordre.

Kystes de la queue du pancréas.

De même que dans le groupe précédent — et cela achè-

vera d'opposer les kystes de la tête du pancréas à ceux du corps et de la queue du viscère — nous trouvons ici une majorité de malades ayant dépassé la trentaine (62 %).

Ici encore, *la tumeur* constitue le symptôme capital. Elle appellera souvent l'attention des malades eux-mêmes. C'est dire qu'elle atteint ordinairement un assez gros volume, qui va de la taille d'une orange ou d'un poing à celle d'une tête d'enfant (obs. LI) ou même d'une tête d'adulte (obs. LIX).

Siégeant à gauche de l'ombilic, elle plonge, d'habitude, sous le rebord costal gauche ; parfois elle descend dans le flanc gauche. Elle présente presque toujours une assez grande mobilité. Dans un cas de MIRIZZI, on pouvait l'abaisser « presque jusque dans le petit bassin » ; dans celui de MOSKOFF, le malade étant en position verticale, la tumeur descendait dans la fosse iliaque gauche. Deux fois on a constaté le signe du contact lombaire.

En revanche, les signes fonctionnels sont ordinairement pauvres : quelques douleurs, quelques troubles digestifs, d'ordre assez banal.

On comprend que, dans ces conditions, on ait confondu de tels kystes, du moins au premier moment mais parfois jusqu'à l'opération, avec une tumeur du rein (obs. LI), une hydronéphrose (obs. LIV, LXVII), surtout avec une grosse rate (obs. XLIX, XXXI, LIX), voire même avec une tumeur de l'estomac (obs. XCVII).

L'examen radiologique apportera, dans ce dernier groupe de cas comme dans les précédents, de précieux renseignements.

Examen radiologique.

La situation profonde du pancréas rend difficile l'interprétation des renseignements fournis par les divers moyens d'investigation clinique. Aussi ne manque-t-on guère, aujourd'hui, de compléter ces examens par l'exploration

radiologique. Or, constatation un peu surprenante au premier abord, c'est seulement dans 17 des observations publiées jusqu'à ce jour que nous avons trouvé mentionnées les données apportées par l'examen radiologique ou radioscopique. C'est dire que ces examens ont été négligés dans plus de la moitié des observations postérieures à l'ère radiologique. Il est bien certain qu'il n'en sera plus de même à l'avenir.

C'est en nous fondant sur les constatations directes faites dans les 17 observations en question que nous rédigerons ce chapitre, en envisageant successivement les renseignements donnés par la radiologie dans les diverses localisations du kyste hydatique au niveau du pancréas.

Au préalable et d'une façon générale, nous ferons remarquer que si la radiographie fournit des renseignements précis en cas de kystes déjà âgés (surtout ceux du corps et de la queue du viscère) et plus ou moins encroûtés de sels calcaires, il n'en sera plus de même en cas de kystes relativement jeunes, non calcifiés. L'emploi de procédés de contraste (insufflation et opacification gastriques et côliques) sera indispensable pour faire apparaître l'image kystique, sous forme d'une ombre régulièrement arrondie et de teinte homogène.

Cela dit, envisageons les renseignements apportés par l'examen radiologique dans les trois variétés de kystes.

1^o Dans les kystes de la *tête du pancréas*, la radioscopie, complétée par la prise de films, viendra confirmer, d'abord — tout au moins, dans les cas accompagnés d'ictère par rétention — l'hypertrophie du foie et la présence d'une grosse vésicule biliaire, sous l'aspect d'une ombre arrondie ou piriforme (obs. LXXI) qu'on ne devra pas confondre avec une image kystique. D'autre part, elle permettra de constater un refoulement de l'estomac et du pylore, soit vers la gauche (obs. XL) soit en avant et vers le bas (obs. LII), soit vers la droite (obs. XLIV).

Plus caractéristiques seront les déformations du cadre

duodéal. En effet, l'élargissement de ce cadre est symptomatique d'une tumeur de la tête du pancréas. Il a été décrit, en particulier, par le Professeur R. GRÉGOIRE qui en a donné une série de radiographies caractéristiques. Une image de ce genre peut être observée dans le kyste hydatique de la tête du pancréas. C'est ainsi que MORTOLA et SCHLANGER notent dans leur observation que « l'angle supérieur droit du duodénum était élargi, donnant l'impression que, entre la région pylorique et la deuxième portion du duodénum une tuméfaction était enclavée ».

2^o Le kyste hydatique du *corps du pancréas* se révélera surtout par des modifications du transit gastrique après repas baryté. On a noté de la stase gastrique et un ralentissement de l'évacuation pylorique (obs. XCIII). On a vu la baryte dessiner les régions déclives de l'estomac « déviées vers le bas et légèrement vers la gauche » (obs. XLVIII).

Mais c'est surtout sur la petite courbure que portent les déformations observées. De là les confusions faites avec l'ulcère gastrique. Dans le cas de IACOBOVICI on notait « du liquide de stase, une petite courbure rigide et, à ce niveau, une tache persistante, sensible à la pression » — qui fit conclure à un ulcus de la petite courbure. Dans le cas de GARDINER on avait observé également une image pseudo-lacunaire de la petite courbure. Pour éviter pareille erreur d'interprétation, les caractères de l'image anormale devraient être précisés par des examens sous de multiples incidences et des explorations « en couche mince » qui révéleraient l'intégrité des plis de la muqueuse.

Quand le kyste du corps du pancréas est rétrogastrique, on peut observer un déroulement de la poche gastrique sur la convexité du kyste.

Dans une de nos observations personnelles (obs. XCIX), l'insufflation gastrique avait montré une ombre arrondie nettement circonscrite, à gauche et en bas, par la petite courbure de l'estomac artificiellement distendue par les

gaz. Mais, comme cette ombre se continuait vers le haut, sans aucune zone de démarcation, avec l'ombre hépatique, le radiologiste avait conclu, comme le clinicien, à un kyste de la face inférieure du lobe gauche du foie...

3^o Non moins importantes seront les constatations radiologiques en cas de kystes de la *queue du pancréas*.

Dans le cas de CAEIRO la réplétion gazeuse ou barytée, colique et gastrique, avait permis d'affirmer le « siège supracôlique et rétropéritonéal » de la tumeur.

Nous avons indiqué précédemment les difficultés du diagnostic clinique différentiel entre les kystes hydatiques de la queue du pancréas, les kystes de la rate et les hydronéphroses. En ce qui concerne ce dernier cas, la pyélographie apportera un renseignement décisif (obs. LI, LIV). Pour ce qui est, au contraire, de la différenciation du kyste hydatique de la rate et du kyste hydatique du pancréas, elle ne pourra être que fort difficilement tranchée par l'examen radiologique. Rien de surprenant à cela, lorsqu'on se rappelle que certains kystes de la face interne de la rate adhèrent intimement à la queue du pancréas, et réciproquement.

Disons, en terminant ce chapitre, que la révélation radiologique d'une *calcification du kyste adventice* a pu, dans le cas récent de CAVINA, faire soupçonner, à elle seule, la nature de la lésion avant l'opération. Le kyste se trahissait par une « mince coque calcifiée, à contours nets et réguliers, contiguë à la paroi gastrique et qui s'encadrait dans la petite courbure de l'estomac ». Il faut ajouter que, dans ce cas — la radiographie reproduite par l'auteur le montre bien — l'image kystique apparaissait entièrement indépendante de l'ombre hépatique, contrairement à ce qui devait être observé dans le cas de M. DÉVÉ, auquel nous avons fait allusion plus haut.

VI. — ÉVOLUTION. COMPLICATIONS. PRONOSTIC

Évolution. — Réserve faite pour sa localisation au niveau de la portion cervicale du viscère, l'évolution du kyste hydatique du pancréas est *essentiellement lente*. Elle peut durer de longues années sans troubler sensiblement l'état général des malades. C'est ainsi que des sujets opérés d'un kyste reconnu à l'âge de 71, de 72, de 74 ans (obs. XI, XXIX, XLV) étaient sans doute porteurs de leur tumeur parasitaire depuis une trentaine, une quarantaine ou une cinquantaine d'années. Logés dans un organe profond, difficilement explorable et peu exposé aux traumatismes, d'autre part hôtes d'un tissu glandulaire peu exposé à l'infection, les kystes du corps et de la queue du pancréas, ne comprimant, en général, aucun organe important, pourront rester très longtemps stationnaires et pour ainsi dire latents, en dépit de leur volume.

Il n'en sera plus ainsi en cas de kyste de la tête du viscère. D'assez bonne heure, deux fois sur trois, ils provoqueront un ictère qui appellera l'attention du médecin et déterminera l'intervention chirurgicale.

Le parasite entrera parfois spontanément en involution (obs. KESSLER, GARDINER). C'est ordinairement dans de tels cas que se produira la calcification plus ou moins marquée de son adventice fibreuse.

Complications. — D'emblée, il nous faut *écarter* une complication cependant commune à la plupart des kystes hydatiques abdominaux, qu'il s'agisse des kystes du foie, de la rate et même du rein : *la rupture intra-abdominale*. Doit-

CHINOVITCH, dans sa thèse, s'est longuement étendu sur cet accident. Nous ne savons trop pourquoi ; car il n'en pouvait invoquer aucun exemple. Pour notre part, nous n'en avons relevé *aucun cas* parmi notre centaine d'observations. Sans doute, une telle complication est toujours possible : ne serait-ce que du fait d'un traumatisme violent, d'une chute, d'un accident d'automobile, etc. Si cet accident venait à survenir, il se localiserait sans doute le plus souvent dans l'arrière-cavité des épiploons.

En fait, *la suppuration du kyste* constitue la seule complication que nous ayons vu notée. Encore se faisait-elle, presque toujours, à bas bruit, sans provoquer la symptomatologie bruyante (douleurs, fièvre, frissons) qu'on est accoutumé de lui voir affecter dans les autres localisations, notamment au niveau du foie. Ajoutons, également par contraste, que nous ne connaissons aucun exemple d'ouverture secondaire du kyste suppuré dans les canaux muqueux du viscère lui-même, non plus que dans les cavités digestives voisines (estomac, duodénum, iléon, côlon), ni que dans le bassinet rénal gauche.

Pronostic. — Le pronostic diffère donc suivant le siège du kyste ; il semble être plus sévère *à priori* dans le kyste de la tête. En réalité, il dépendra du traitement chirurgical. A cet égard la mortalité opératoire a été la suivante :

Kyste de la tête : 16 %.

Kyste du corps : 8,3 %.

Kyste de la queue : 36 %.

VII. — DIAGNOSTIC

Diagnostic positif. — Une tumeur mate, globuleuse, lisse et élastique de la région sus-ombilicale ou de l'hypocondre gauche, tumeur peu mobile, ne suivant pas les mouvements respiratoires, et que l'exploration radiologique montre encadrée entre l'estomac et le côlon ou logée dans la concavité de la petite courbure de l'estomac, a de grandes chances d'être une *tumeur kystique du pancréas*. Mais, sauf peut-être dans certains pays où la maladie hydatique est particulièrement répandue et où l'attention des cliniciens et des chirurgiens est quotidiennement tenue en éveil sur elle, l'hypothèse de la nature échinococcique de cette tumeur kystique ne sera que très rarement envisagée d'emblée : *le diagnostic de kyste hydatique du pancréas constituera toujours un diagnostic d'exception* (à peine 0,2 ou 0,3 % des kystes hydatiques ; à peine une centaine d'observations connues jusqu'ici dans la littérature).

Cependant, certains cas se présenteront, où l'hypothèse pourra être soulevée, presque d'emblée, avec vraisemblance :

1^o Tout d'abord, nous venons de le dire, lorsque l'individu proviendra de *régions pastorales* particulièrement atteintes par l'échinococcose ;

2^o Quand le malade exercera une *profession* plus spécialement exposée à l'infection hydatique : bergers, bouchers, charcutiers, vétérinaires, vivant au contact du « chien d'abattoir » (« échinococcose professionnelle » de M. Dévé) (1) ;

3^o Lorsqu'on viendra à connaître l'existence d'un cas de

(1) P. BRIANDET. — *L'échinococcose professionnelle*. Thèse vétérinaire, Paris 1925.

kyste opéré chez un membre direct de la *famille* : père, mère, frères ou sœurs (« échinococcose familiale » de M. DÉVÉ (1) ;

4^o *A fortiori* et il va sans dire, quand le malade lui-même aura été *précédemment opéré d'un kyste hydatique* (du foie : obs. XIII) ou lorsqu'il sera porteur d'un kyste hydatique avéré (du poumon, révélé par la radiographie : obs. LXXXII) ;

5^o Le soupçon pourra être soulevé par la connaissance d'une ou plusieurs poussées d'urticaire survenue sans raisons alimentaires ;

6^o En réalité, il n'y a qu'un signe clinique qui soit pathognomonique et qui permette d'affirmer le diagnostic : *le frémissement hydatique*. Mais c'est là un signe tout à fait exceptionnel, en l'espèce : nous ne l'avons relevé que deux fois, sur une centaine d'observations. Peut-être, à la vérité, n'a-t-il pas toujours été recherché avec soin ;

7^o Dans quelques cas, la *radiographie* éveillera l'attention du clinicien, en lui révélant la présence d'une tumeur arrondie sertie par une *coque calcifiée, régulière*. Pareille image, dans la région envisagée, n'appartient guère qu'au kyste hydatique ;

8^o Nous rappellerons enfin, avec notre maître, M. DÉVÉ, que, en cas d'*ictère accompagné de crises douloureuses* (coliques hépatiques) chez *un homme jeune* (au-dessous de 30 ans), l'existence d'un kyste hydatique devra être soupçonnée, même en l'absence de tumeur nettement palpable à l'épigastre.

Pour étayer le soupçon ou confirmer l'hypothèse de kyste hydatique, on ne manquera pas, dans ces diverses circonstances, de recourir à la recherche des *réactions biologiques de l'échinococcose*.

Il nous semble vraiment superflu de nous attarder ici à l'étude de ces diverses réactions et à la discussion de leur

(1) B. COURAGE. — *Contribution à l'étude de l'échinococcose familiale*. Thèse Paris, 1934.

valeur diagnostique. C'est une question mise au point dans tous les ouvrages et sur laquelle les auteurs sont aujourd'hui d'accord. Nous nous bornerons à énumérer :

- 1^o L'éosinophilie sanguine de SABRAZÈS ;
- 2^o La précipitato-réaction de FLEIG et LISBONNE ;
- 3^o La réaction de déviation du complément, réglée par GHEDINI, puis par APPHATIE et LORENTZ, enfin par WEINBERG et PARVU ;
- 4^o L'intra-dermo-réaction de CASONI, complétée par la sous-cuti-réaction de PUNTANO.

Lorsqu'elles seront *nettes* (éosinophilie supérieure à 7 ou 8 %, cuti-réactions tardives), et surtout lorsqu'elles seront *concordantes*, ces diverses réactions apporteront un argument très important à l'appui de la nature hydatique de la tumeur kystique constatée.

A peine avons-nous besoin d'ajouter que l'aveugle et dangereuse *ponction exploratrice* doit être, à l'heure actuelle, complètement rejetée.

Diagnostic différentiel. — S'il nous fallait donner une discussion complète de toutes les affections avec lesquelles le kyste hydatique du pancréas est susceptible d'être confondu, nous devrions passer en revue presque toutes les tumeurs abdominales et rétro-péritonéales : depuis les tumeurs du foie, du pancréas lui-même, de la rate, du rein, de l'atmosphère péri-rénale, de la colonne vertébrale et de l'aorte même, jusqu'à celle du mésentère, de l'épiploon et même de l'ovaire. Une telle étude risquerait de rester bien théorique et quelque peu scolastique.

Fidèle à notre règle de travail, nous avons préféré nous borner à relever, dans les observations publiées jusqu'à ce jour, les erreurs qui, *en fait*, ont été commises — même par les médecins et les chirurgiens les plus expérimentés et les plus autorisés, — en présence des diverses modalités anatomo-cliniques du kyste hydatique du pancréas. Il nous a paru

que, à elle seule, cette énumération d'erreurs, avec leur coefficient de fréquence, était fort instructive et qu'elle serait de nature à mettre désormais en garde le clinicien averti.

A. Kystes hydatiques de la tête du pancréas

a) *Avec ictère.* — Les diagnostics suivants avaient été posés, ou pour le moins envisagés, avant l'opération (ou l'autopsie) :

Kyste hydatique du foie (obs. IX, X, XVI, XXXV).

Lithiase biliaire (obs. XXV, L, XCIII).

Cancer du pancréas (obs. LII, LXIII, LXX, LXXXIV),

Tumeur kystique du pancréas (obs. LV).

b) *Sans ictère :*

Kyste du mésentère (obs. XXIV, XLI).

Kyste hydatique du foie (obs. CI).

B. Kystes hydatiques du corps du pancréas

Kyste simple du pancréas (obs. XLVII, LVII, LXXXIII);

Ulcère gastrique (obs. XI, XLV, XCVIII) ;

Kyste hydatique du foie (obs. XXIX, XCIX) ;

Kyste hydatique de la rate (obs. XIII) ;

Kyste du mésentère (obs. V) ;

Hydronéphrose (obs. XCVI) ;

Tumeur de l'ovaire (obs. XIX, LXV).

C. Kystes hydatiques de la queue du pancréas

Kyste hydatique de la rate (obs. XXXI, XLIX, LIX) ;

Kyste hydatique du foie (obs. XCVII) ;

Kyste hydatique du rein gauche (obs. LXVII) ;

Hydronéphrose (obs. LIV) ;

Tumeur du mésentère (obs. XLVI) ;

Tumeur du rein gauche (obs. LI).

En fait, le diagnostic exact — de siège et de nature — ne paraît avoir été posé que dans trois observations : celle de RICARD, de CHUTRO, de MORTOLA et SCHLANGER.

Dans la longue liste des erreurs que nous venons d'énumérer, il est un groupe qui doit être mis à part. Le diagnostic de nature de la lésion y avait été exact ; seule la localisation était fautive. Quatre localisations viscérales du kyste hydatique ont été confondues avec celle du pancréas : kyste du lobe gauche du foie, kyste de la rate, kyste du péritoine ou du mésentère, enfin kyste du rein. Il y a lieu de remarquer immédiatement que, sauf pour la dernière (qui fut d'ailleurs redressée par un cathétérisme urétéral avant l'opération), l'erreur était vénielle et n'eut aucune conséquence fâcheuse. En effet, l'intervention chirurgicale était indiquée et, ayant porté, suivant la règle, sur la région la plus saillante de la tumeur, elle avait finalement permis d'aborder les kystes au point d'élection et de les évacuer correctement.

On comprend que d'autres erreurs puissent avoir plus d'inconvénients. Mais nous jugeons superflu d'entrer dans la discussion de chacune d'elles.

Un seul diagnostic différentiel nous retiendra, parce que, s'agissant d'une tumeur kystique de la région pancréatique, il se présentera d'emblée à l'esprit : avant l'hypothèse exceptionnelle de kyste hydatique du pancréas, c'est celle d'un kyste simple, nous voulons dire d'un *kyste non hydatique du pancréas*, qui sera habituellement envisagée.

On sait que les tumeurs kystiques non parasitaires du pancréas peuvent être de différentes natures. Elles se divisent en :

a) *Kystes nécrotiques*, en réalité, « faux kystes » d'origine traumatique ou d'origine inflammatoire, en relations, dans ce dernier cas, avec la pancréatite hémorragique ; et b) *Kystes glandulaires*, qui relèvent tantôt d'un cysto-adénome bénin, tantôt d'un véritable épithélioma kystique (cysto-épithéliome).

Ce sont les kystes glandulaires que nous retiendrons seuls dans notre discussion de diagnostic, bien qu'ils soient beaucoup moins fréquents que les kystes nécrotiques. En effet, ces derniers, consécutifs à un traumatisme (qui ne peut manquer d'avoir retenu l'attention) ou séquelle d'une crise plus ou moins bruyante de pancréatite aiguë, ont, en général, une marche rapide : ils se développent en quelques semaines ou en quelques mois, évolution qui les différencient immédiatement de la lésion torpide, à progression essentiellement lente qui nous occupe.

Les kystes glandulaires se présentent sous un aspect bien différent. Évoluant lentement, — s'observant surtout à l'âge adulte, avec maximum entre 30 et 50 ans, — capables d'atteindre le volume d'une tête d'enfant, d'une tête d'adulte — de forme généralement arrondie ou à peine bosselée, — pointant en avant entre l'estomac et le côlon ou plus rarement entre le foie et l'estomac, ou encore au-dessous du côlon, — donnant souvent lieu à une voussure manifeste, ces kystes glandulaires offrent, on le voit, à peu près les mêmes caractères physiques que les kystes hydatiques du pancréas. Et ils s'accompagnent des mêmes symptômes fonctionnels : douleurs, troubles digestifs et signes de déficit pancréatique. Ils peuvent même, quoique exceptionnellement, provoquer l'ictère (9 fois sur 121 cas, KÖRTE).

Dès lors, il est compréhensible qu'ils constituent une cause d'erreur difficile à éviter si l'on ne tient pas compte de la plus grande fermeté, de la plus grande *rénitence* du kyste hydatique (l'exceptionnel frémissement étant mis à part) et si, surtout, on ne songe pas à rechercher *les réactions biologiques de l'échinococcose*. Dès lors, ce sera au cours de l'opération que le diagnostic sera réformé : lors de la ponction qui révélera un liquide fluide, incolore, « eau de roche », inattendu, au lieu du liquide jaune-verdâtre ou brunâtre, plus ou moins visqueux, qui caractérise les kystes glandulaires du pancréas.

Cet exemple typique suffira, nous semble-t-il, à montrer la nécessité d'un examen particulièrement approfondi, en présence d'une tumeur kystique abdominale de la région ombilicale ou sus-ombilicale et de l'hypocondre gauche.

VIII. — TRAITEMENT

Traitement médical ? — On trouvera sans doute quelque peu désuet et inutile de s'attarder à discuter, comme on l'eût fait autrefois, un traitement médical des kystes hydatiques du pancréas. Pourtant, nous croyons devoir en dire quelques mots ; car certains auteurs modernes — et parmi eux, des chirurgiens — semblent n'avoir pas perdu tout espoir dans son efficacité.

Nous n'entendons naturellement pas viser la vieille ponction médicale, aujourd'hui universellement condamnée et abandonnée. Nous voulons surtout faire allusion à deux thérapeutiques modernes, dont l'une est d'ordre chimique et l'autre d'ordre physique : au traitement du kyste hydatique par le novarsénobenzol et à son traitement par les rayons X.

ROUX, de Lausanne, il n'y a relativement que peu d'années, en 1915, se montrait partisan, à l'égard du kyste hydatique du pancréas, d'un essai de *Sterilisatio magna* par le 606. Or, il est bien établi, expérimentalement (DÉVÉ, 1914), que, même à des doses quatre fois supérieures à celles qu'on peut utiliser en thérapeutique humaine, les arsénicaux sont sans action sur le parasite hydatique.

Quant à la radiothérapie, conseillée par J. ARCE, de Buenos-Aires, en 1924, les recherches expérimentales de M. DÉVÉ et de ses collaborateurs, MM. BILLIARD, LESSERTISSEUR et DECOULARÉ-DELAFONTAINE, ont montré qu'elle était inefficace à l'égard des kystes et des germes échinococciques. DOÏTCHINOVITCH déclare, il est vrai, que « les doses (de rayons X) employées par DÉVÉ semblent avoir été infiniment plus faibles » que celles qui avaient été utilisées par ARCE.

Mais c'est une erreur. Les doses étaient, au contraire, plus élevées et la démonstration donnée par notre maître, en 1927, de l'inefficacité « actuelle » de ce mode de traitement est encore valable aujourd'hui. Quoique dise DOÏTCHINOVITCH, cette question est « complètement mise au point ». Et ce « point » est, jusqu'à preuve du contraire, le suivant : « Avec les moyens dont elle dispose actuellement, la radiothérapie des kystes hydatiques constitue *une pure illusion* (1). »

Traitement chirurgical

Nous n'entrerons pas dans le détail de l'acte opératoire adapté à chacune des localisations du kyste. Il est bien évident, par exemple, que la *voie d'abord* ne sera pas tout à fait la même pour tous les cas et que les « temps » de l'opération différeront suivant le siège du kyste et son développement, suivant qu'il pointera dans l'encadrement de la petite courbure de l'estomac, à travers le petit épiploon, ou au contraire au-dessous de l'estomac, voire au-dessous du côlon. Bornons-nous à dire que l'incision, qui portera sur le point culminant de la tumeur, sera toujours antérieure : médiane, latérale ou oblique. Ce n'est que dans le cas de NOGUEIRA que le kyste fut abordé par la voie postérieure, lombaire ; il est vrai que ç'avait été par suite d'une erreur de diagnostic : le chirurgien avait cru à un kyste hydatique du pôle inférieur du rein gauche.

Prenant texte précis des observations que nous avons réunies, nous nous proposons surtout de discuter la valeur et les indications respectives des trois méthodes opératoires employées par les différents chirurgiens à l'égard des kystes hydatiques du pancréas et qui sont : *le drainage*, avec ou sans abouchement direct de la poche à la paroi (marsupialisation) ;

(1) F. DÉVÉ. — « Kyste hydatique et radiothérapie ». *La Presse médicale*, 12 février 1927.

la réduction sans drainage, avec ou sans capitonnage du kyste réduit ; enfin l'*extirpation du kyste*, c'est-à-dire la décortication et l'ablation de l'adventice fibreuse qui entoure le contenu parasitaire.

Nous commencerons par la discussion et la critique de cette dernière méthode opératoire.

Extirpation ou décortication du kyste. — Si l'on s'en tient à la terminologie des différents auteurs (elle ne répond peut-être pas toujours exactement au même mode opératoire) et aux indications, le plus souvent des plus sommaires, données dans leurs observations, l'énucléation ou décortication ou extirpation de la capsule adventice aurait été tentée ou réalisée dans 15 ou 16 cas. On sait qu'elle se propose d'enlever le kyste intact, non ouvert, en le décortiquant des tissus voisins et en enlevant une partie du parenchyme ambiant, en continuité avec lui, lorsqu'on ne peut « trouver » — en réalité, créer artificiellement — un « plan de clivage » entre les deux.

DOÏTCHINOVITCH a eu grandement raison de faire la critique de cette méthode et de dire qu'« elle paraît présenter, dans le pancréas, encore plus de danger que dans les autres organes ». Il a insisté, à juste titre, sur les accidents observés dans les cas de RICARD (section du canal de Wirsung), de AUVRAY (ouverture de la veine cave inférieure), de LEJARS (hémorragie importante et mort quatre jours plus tard), de CRAGLIETTO (ablation incomplète du parasite), de CAEIRO (mort par péritonite post-opératoire provoquée par la nécrose du pancréas au contact des zones décortiquées), de KESSLER (déchirure des canaux excréteurs, fistule pancréatique et mort quelques jours après l'opération).

Nous pourrions ajouter d'autres cas du même ordre, dans lesquels le chirurgien, ayant fait un essai de décortication, a dû arrêter sa tentative devant un incident et se contenter de marsupialiser le kyste. MAMIKONOFF s'arrête à la suite d'une forte hémorragie. RIGHETTI commence l'isolement de la

tumeur, mais « les adhérences avec les vaisseaux du foie » l'obligent à arrêter son extirpation... Nous ajouterons encore le cas de GOYANÈS, où l'énucléation du kyste fut suivie d'un résultat « desgraciado »...

Tout récemment, IACOBOVICI a tenté un nouveau plaidoyer en faveur de « l'extirpation des kystes du pancréas ». Il ne nous a pas convaincu de la supériorité du procédé ni surtout de sa sécurité. Au surplus, l'auteur roumain est obligé de reconnaître, dès l'abord, que « l'extirpation totale des kystes n'est que très rarement possible ». IACOBOVICI doit convenir, ensuite, que « la mortalité est plus élevée après l'extirpation totale qu'après la marsupialisation avec drainage ». Sans doute, dans le cas personnel qu'il a rapporté, le malade a guéri. Mais précisément, ce cas laisse bien entrevoir les difficultés et les risques du « décollement » : l'opérateur a dû placer une double ligature sur la veine splénique, intéressée au cours de ce décollement.

Des résultats favorables ont bien été signalés (obs. VIII, XVI, XXIX, XXXIII, XC, XCII, XCVII). La plupart des observations en question sont, du reste, *dépourvues de tout détail*. L'extirpation fut ordinairement suivie de tamponnement (d'un Mickulicz, dans le cas de AÏSOPOS) ; on la termina par une fermeture sans drainage, dans le cas de KOCH.

Mais ces quelques résultats heureux ne peuvent contrebalancer les risques certains et les accidents fréquents auxquels expose cette opération, sans réels avantages. Qu'on ne vienne pas dire, en tout cas, qu'elle évite à l'opéré la récurrence hydatique ; car une observation de HALLAUER démontre le contraire.

Aussi partageons-nous l'avis exprimé par Jean QUÉNU, en 1934, à l'Académie de Chirurgie : « Les tentatives d'extirpation totale m'apparaissent comme particulièrement dangereuses ». C'était là l'opinion défendue, il y a douze ans, par M. DÉVÉ, dans un mémoire qu'il avait intitulé : « Une opéra-

tion « idéale » à abandonner (1). » La conclusion en était la suivante : « Bien loin d'être la « méthode idéale » qu'on a dit et qu'on prétend parfois encore, la décortication ou énucléation ou extirpation totale des kystes hydatiques constitue une opération « tout-à fait déraisonnable », une dangereuse erreur que les chirurgiens doivent définitivement abjurer ». Cette opinion a été récemment appuyée par COSTANTINI et OULIÉ. En réponse à certains travaux russes qui persistent à prôner la kystectomie, les chirurgiens algériens se sont rigoureusement élevés « contre la décortication des kystes hydatiques » (2).

Tout au plus peut-il être légitime de pratiquer, dans certains cas, — opération bien différente, dans son principe, de la précédente — une *résection* (de préférence, avec le bistouri électrique) *de la poche fibreuse*, portant jusqu'à son point d'insertion sur le pancréas, *en cas de kystes nettement pédiculés*. Encore sera-t-il prudent de tamponner ou de drainer au contact du moignon kystique saturé ou capitonné. Les cas de ce genre resteront toujours une exception.

Réduction sans drainage. — Contrairement à la décortication du kyste, la réduction de la poche sans drainage apparaît comme parfaitement légitime lorsqu'elle est appliquée à des cas bien déterminés : *kystes univésiculaires*, de petite taille ou tout au moins *de taille modérée, à contenu limpide et aseptique*, pouvant être aisément *stérilisés par un « formolage parasiticide préalable »*. La poche sera libérée de sa membrane. Qu'on pratique un capitonnage de la cavité résiduelle ou qu'on se borne à suturer hermétiquement les lèvres de son ouverture, le sac pourra être abandonné et l'incision pariétale refermée sans aucun drainage. Toutefois, il sera ordinairement prudent de le fixer à la face postérieure de la paroi abdominale, quand la chose sera possible, afin de faciliter sa

(1) F. DÉVÉ. — *Revue de Chirurgie*, 1926, n° 9, p. 619.

(2) COSTANTINI et OULIÉ. — *La Presse médicale*, 24 mars 1937.

réouverture en cas de fièvre révélant la suppuration secondaire du sac réduit. Si la petite taille du kyste, combinée à son siège profond, ne permettent pas son adossement à la paroi, on recourra parfois à un méchage ou un drainage, tout temporaires, au contact du kyste réduit.

En fait, la réduction sans aucun drainage a été effectuée avec succès et sans le moindre incident dans une série d'observations : celles de JONNESCO, MONDINO, KRYLOFF, NOGUEIRA, POENARU CAPLESCO, VILLAR, MOSKOFF, HERRERA VEGAS, SKUPIEWSKI, TANTON, BIANCARDINI. La réouverture secondaire du kyste suturé et fixé à la paroi fut nécessaire dans un cas de VEGAS et [CRANWELL et dans celui de DEROCQUE. Dans un cas malheureux d'ALBO, à la suite de la réduction du sac sans drainage apparurent de la fièvre, des phénomènes pulmonaires, et la mort survint le huitième jour. L'autopsie ne peut être pratiquée ; mais il est permis de supposer que la poche réduite devint le siège d'une suppuration.

Aussi conçoit-on que beaucoup de chirurgiens demeurent partisans, d'une façon générale, de la classique marsupialisation.

Marsupialisation. — Souvent méthode de nécessité, c'est une *méthode de sécurité*, à laquelle on sera souvent obligé de s'en tenir, étant donné les connexions anatomiques dangereuses du kyste parasitaire. Elle sera indiquée en cas de *kystes de taille importante, de poches irrégulières, à parois scléreuses ou calcifiées, à contenu multivésiculaire* plus ou moins altéré, *puriforme*. *A fortiori* s'imposera-t-elle en cas de *poches suppurées*. Il nous paraît inutile d'insister sur ces différentes conditions anatomo-pathologiques.

On fait souvent à la marsupialisation — en lui opposant les résultats simples, rapides et parfaits de la réduction sans drainage,... lorsque celle-ci ne se complique pas — le reproche de donner une guérison lente, d'exposer à une longue fistulisation et parfois, en l'espèce, à une fistule pancréatique, et

enfin à une éventration ultérieure. Sans doute. Mais on ne doit pas perdre de vue que, dans la plupart des cas où elle a été employée, les conditions défavorables de la poche ne permettaient pas sa réduction sans drainage. Aussi n'est-il pas juste d'opposer les résultats « brillants » d'une des méthodes aux conséquences « peu élégantes » de l'autre.

Il n'en est pas moins vrai que la marsupialisation favorise dans une certaine mesure, du fait de la suppuration plus ou moins atténuée de la poche drainée, certaines complications que nous allons retrouver dans un dernier chapitre consacré aux complications post-opératoires.

Complications post-opératoires. — Celles-ci sont de divers ordres :

1^o D'ordre *mécanique* : l'éventration. Lente et tardive, elle était consécutive à la marsupialisation, dans notre observation XCIX. En revanche, dans l'observation XXXII, où on avait pratiqué la réduction sans drainage, elle avait éclaté précocement, à l'occasion d'un effort de toux après l'ablation des fils pariétaux, au 8^e jour.

2^o *Infectieux* : suppuration de la poche réduite, péritonite enkystée ou généralisée. Inutile d'insister.

3^o *Parasitaire, spécifique*. Si nous n'avons pas trouvé, parmi nos observations, d'exemples manifestes d'accidents d'intoxication ou d'anaphylaxie hydatique post-opératoire, en revanche nous avons relevé au moins deux cas de récurrence hydatique post-opératoire. L'une s'était produite dans le voisinage immédiat de la poche primitive, l'autre dans la cicatrice pariétale. Nouvelle preuve de l'intérêt du formolage préalable ou de l'éthérisation de la poche évacuée.

4^o *Hémorragies*. Deux observations très frappantes doivent être retenues, à ce titre : celle de MIRIZZI et celle de M. DEROCQUE. Dans la première, le kyste avait été marsupialisé d'emblée. « Le cinquième jour, alors que tout semblait rentré dans l'ordre, la malade fit une hémorragie mortelle par la

plaie opératoire ». La nécropsie devait montrer que « l'hémorragie secondaire, mortelle, était due à l'érosion d'un gros vaisseau ». Dans notre observation C, l'hémorragie s'est produite environ quinze jours après l'opération et sept jours après la marsupialisation secondaire. On dut faire une transfusion de 300 centimètres cubes.

Dans le but d'éviter l'hémorragie *ex vacuo* qui, éventuellement, pourrait se produire au cours même de l'acte opératoire, nous nous permettrons de recommander, avec notre maître, M. DÉVÉ, de n'utiliser l'aspiration électrique, toujours aveugle et passablement brutale, que à *l'air libre*, c'est-à-dire après ouverture de la poche et protection du champ opératoire, de façon à éviter à la face interne de la poche kystique *l'effet de ventouse*, plus ou moins violent, qui risque d'ouvrir les vaisseaux — et les canaux muqueux — inclus, incorporés dans l'adventice.

5° *Les fistules post-opératoires*. On peut observer, dans les suites opératoires, des fistules de diverses natures.

a) *Fistules simples*, liées à la persistance d'une cavité suppurante, drainée, dont les parois (sclérosées, indurées, calcifiées) ne s'affaissent que lentement.

b) *Fistule stercorale*. Nous n'en connaissons qu'un exemple : celui de l'opéré de PÉAN. On avait drainé la poche. « Bon état pendant les six premiers jours ; le septième, douleur violente au niveau de la plaie, suivie d'un abcès stercoral dû sans doute au décollement de l'intestin ». La fistule stercorale devait persister jusqu'au soixantième jour.

c) *Fistule gastrique*. Ici encore, nous ne connaissons qu'un exemple de cette complication, qui fut observée dans notre observation C. Elle se caractérisa, sans que le moindre doute puisse exister à son égard, par l'issue d'aliments par le trajet de marsupialisation secondaire. Apparue le 24^e jour, elle persista jusqu'au 66^e jour. Son mécanisme pathogénique, resté obscur, a sans doute été complexe. En effet, trois particularités ont pu intervenir dans ce cas : 1° La poche, profondément située

au contact de l'estomac, avait été primitivement suturée et réduite. Elle devait suppurer et dut être drainée secondairement, le 15^e jour. Il se peut que la rétention intrakystique septique ait contribué à altérer la paroi gastrique voisine. 2^o Une forte hémorragie se produisit dans les suites opératoires, témoignant d'altérations vasculaires déjà constatées lors de l'opération (vaisseaux énormes constatés sur la paroi gastrique) et qui ont pu retentir sur la circulation gastrique. 3^o Enfin, l'hémorragie avait nécessité un fort tamponnement, laissé en place 9 jours, et qui put provoquer une ischémie locale de la paroi gastrique. En tout cas, c'est après l'ablation du tamponnement qu'apparurent dans le trajet de marsupialisation les aliments ingérés par le malade.

d) *Fistule pancréatique.* Elle s'explique : tantôt par l'érosion préalable d'un canal pancréatique au contact du parasite (c'est ce que permet bien de comprendre l'examen d'une de nos figures dessinées par M. DÉVÉ, fig. 2) ; tantôt par une ouverture canaliculaire produite par l'acte opératoire : aspiration brutale, résection ou décortication kystique ; tantôt enfin par l'aboutement secondaire d'un canal pancréatique dans la poche drainée, l'infection favorisant cette ouverture.

Quoiqu'il en soit, cette complication se retrouve au moins dans sept de nos observations : obs. XII, XXV, XXIV, XXVII, XLIII, LXX, XCIX. Elle se caractérise cliniquement par l'apparition d'un écoulement plus ou moins abondant, parfois très abondant (obs. XII), d'un liquide incolore ou légèrement laiteux, alcalin, et par une tendance à la digestion des bords de la plaie. Dans le cas de SIMONCELLI la nature du liquide put être précisée par l'analyse. Apparaissant généralement quelques jours après l'intervention, cette fistule persiste un temps variable : quatre à six semaines dans la majorité des cas (obs. XXV, XXVII) ; mais elle peut aussi durer plusieurs mois (obs. XII).

Contre cette fistule gastrique post-opératoire, il sera indiqué de mettre en œuvre le traitement médical préconisé par

WOHLGEMUTH : il consiste dans l'institution du régime anti-diabétique, associé à l'administration de certains médicaments diminuant la sécrétion pancréatique (alcalins et belladone ou atropine). Jugé un peu illusoire par certains chirurgiens, étant donné l'observation fréquente d'une guérison spontanée, ce traitement paraît cependant avoir fait sa preuve en pareils cas.

En fait, la fistule pancréatique guérit ordinairement, après un délai variable. Cependant, elle a nécessité, au moins dans un cas, celui de Roux, une opération particulière : l'implantation du tractus fistuleux dans le tube digestif, soit dans l'estomac, soit dans le jéjunum. Dans son cas, Roux pratiqua, avec succès, une pancréato-kysto-jéjunostomie.

OBSERVATIONS

Cas authentiques recueillis par DOÏTCHINOVITCH, et dont on trouvera les indications bibliographiques dans sa thèse (Lyon, 1936).

- I. — CLAESSEN (1842).
- II. — MEISSNER (1877).
- III et IV. — THOMAS (1879).
- V. — PÉAN (1883).
- VI. — GRAHAM (1891).
- VII. — NADESHDIN (1895).
- VIII. — BOBROFF (1) (1897).
- IX. — PERICIC et LALIC (1901).
- X. — VEGAS et CRANWELL (1901).
- XI. — MARTIN (1902).
- XII. — RICARD (1902).
- XIII. — VILLAR (1903).
- XIV. — CERAULO et SULLI (1904).
- XV. — HILDEBRAND (1904).
- XVI. — BOBROFF (2) (1904).
- XVII. — JONNESCO (1904).
- XVIII. — RIBERA Y SANS (1905).
- XIX. — LEJARS (1905).
- XX. — CHUTRO (1909).
- XXI et XXII. — COLOMBANI (1909).
- XXIII. — HANSER (1912).
- XXIV. — CRAGLIETTO (1913).
- XXV. — PUTZU (1) (1913).
- XXVI. — PARLAVECCHIO (1913).

- XXVII. — PHILIPPS (1913).
XXVIII. — TREUTHARDT (1915).
XXIX. — CAPPELLI (1919).
XXX. — DELBET (1921).
XXXI. — MONDINO (1923).
XXXII. — ALBO (1923).
XXXIII. — KØCH (1914).
XXIV. — PUTZU (2) (1925).
XXXV. — AUVRAY (1925).
XXXVI. — HALLAUER (1927).
XXXVII. — MAMIKONOFF (1927).
XXXVIII. — PUTZU (2) (1927).
XXXIX. — RHIGHETTI (1) (1927).
XL. — RHIGHETTI (2) (1927).
XLI. — MATA (1927).
XLII. — GARDINER (1929).
XLIII. — SIMONCELLI (1929).
XLIV. — KOSTITCH (1929).
XLV. — KRYLOFF (1929).
XLVI. — MIRIZZI (1) (1930).
XLVII. — MIRIZZI (2) (1930).
XLVIII. — CAEIRO (1931).
XLIX. — TÉDENAT (1932).
L. — DÉDÈS (1933).
LI. — MOSKOFF (1934).
LII. — KESSLER (1934).
LIII. — WALKER (1) (1935).
LIV. — WALKER (2) (1935).
LV. — STOLZ-DOÏTCHINOVITCH (1936).

OBSERVATIONS NOUVELLES

Nous rapporterons tout d'abord les trois observations inédites qui ont été le point de départ de ce travail.

OBSERVATION XCIX. — F. DÉVÉ et J. PETIT (*inédite*).

Mme F..., 45 ans, infirmière depuis 24 ans, entre le 24 janvier 1936 dans le service du Professeur DÉVÉ pour une tuméfaction siégeant au creux épigastrique. Quinze ans auparavant, elle avait présenté une hématomérose abondante suivie de subictère et de décoloration passagère des selles. Mais ces antécédents ne présentent, semble-t-il, aucun rapport avec l'affection présente. Leur origine était probablement hépatique, en raison d'habitudes éthyliques non douteuses chez cette malade qui avait coutume de s'enivrer.

Six mois auparavant, apparition d'une grande lassitude avec diminution de l'appétit. Constipation opiniâtre habituelle. Pas de douleurs abdominales. Gros amaigrissement. Ces troubles ont été en augmentant particulièrement depuis le début de décembre 1938. La malade présente de l'anorexie élective pour les graisses. Vers le 25 décembre sont apparues des douleurs abdominales surtout marquées dans la région épigastrique, qui irradient à droite et à gauche ; elles présentent aussi des irradiations vives dans la région lombaire. Pas de névralgie scapulaire postérieure. En même temps s'est installé, un léger subictère.

En janvier 1936, à l'occasion d'un effort, le malade a ressenti une douleur abdominale plus vive. Ce fut seulement le soir qu'elle remarqua, pour la première fois, la présence de la « bosse abdominale » pour laquelle elle entre à l'Hôtel-Dieu le 24 janvier.

Femme au faciès un peu jaune et amaigri ; les yeux sont cernés. Xanthélasma palpébral bilatéral. La langue est rosée et humide. La température oscille entre 37°5 et 38. Les urines sont jaune clair, ne contenant ni albumine, ni sucre.

A l'inspection de l'abdomen, on note une voussure latéro-sus-ombilicale gauche bombant sous la paroi abdominale, au-dessous du rebord costal gauche. Cette tuméfaction, qui disparaît par la contraction des muscles grand-droits, paraît mobile avec les mouvements respiratoires. Il n'y a pas de déformations des derniers espaces intercostaux. Pas de modifications des téguments à ce niveau. La palpation délimite une tuméfaction arrondie, régulière, de la grosseur d'une orange, plutôt rénitente que fluctuante. Elle est absolument indolore, mais elle était douloureuse les jours

précédents. Cette tuméfaction semble siéger dans le lobe gauche du foie ; celui-ci déborde au creux épigastrique et vers l'hypochondre gauche. En opposition avec le lobe gauche, le lobe hépatique droit, lui-même un peu débordant, est de forme régulière ; il n'est pas douloureux. Sa consistance est souple. La matité hépatique ne remonte pas dans le thorax.

On note la disparition de la sonorité de l'espace de Traube. La percussion au niveau de la tuméfaction montre partout de la matité. Elle ne révèle pas de frémissement hydatique. L'auscultation au stéthoscope combinée à la percussion ne donne pas de retentissement sonore.

Pas de rate perceptible ; pas d'ascite ; pas de circulation collatérale. Le toucher vaginal montre un utérus rétroversé ; pas de tumeur dans le Douglas.

L'examen des poumons révèle une matité nette dans le tiers inférieur du champ gauche avec, à ce niveau, diminution du murmure vésiculaire. Cœur normal ; pas d'anomalies de la circulation périphérique. Les réflexes sont normaux.

Antécédents : Cette malade est fille d'un mouleur-fondeur, mort d'un cancer du corps thyroïde (?) et d'une mère décédée de cancer du pylore. Un frère, bien portant, est cultivateur dans les environs. Il n'y a chez lui ni chien, ni moutons. Cette femme a passé son enfance dans sa famille où il y avait, dit-elle, un chien (berger-allemand) dont personne n'approchait.

Pas de fausses couches. Pas de spécificité connue. Éthylisme indiscutable.

On envisage et on discute les diagnostics suivants :

Kyste hydatique du foie. Abscès du foie (mais la malade n'a jamais séjourné dans les pays chauds et n'a jamais présenté de signes de dysenterie amibienne). Énorme gomme syphilitique du foie. Néoplasme gastrique.

Le diagnostic de kyste du foie apparaît d'emblée comme le plus probable ; la fièvre légère fait soupçonner qu'il s'agit d'un kyste infecté.

Examens de laboratoire : Intradermo-réaction précoce : positive. Intradermo-réaction tardive : très nettement positive. Réaction de fixation du complément : positive. Précipito-réaction : posi-

tive. La malade n'a pas présenté d'urticaire pendant la durée de la cuti-réaction.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.....	70
Polynucléaires éosinophiles.....	7
Grands mononucléaires.....	8,4
Moyens et petits mononucléaires.....	14

Donc polynucléose et éosinophilie.

Glycémie.....	1,12/1000
Cholestérinémie.....	2,10/1000

Radioscopie : De face : après absorption de potion de Rivière, une tumeur à contour inférieur arrondi, en continuité avec l'ombre hépatique, apparaît nettement circonscrite à gauche et en bas par la petite courbe de l'estomac distendu par les gaz. De profil, cette masse se montre nettement antérieure. A droite, on distingue le bord inférieur du lobe droit du foie abaissé. Bord supérieur du foie non surélevé. Cet examen semble bien confirmer le diagnostic clinique de kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Opération, le 14 février 1936, par le Professeur J. PETIT. — Incision verticale sur la tumeur. On tombe sur une masse entièrement recouverte d'épiploon. Par débridement des adhérences, on reconnaît à droite et en haut, le foie ; en dessous, l'estomac et le côlon transverse. En réalité, la tumeur est recouverte par le petit épiploon. Protection avec des compresses imbibées de formol. Brèche dans l'épiploon. Une première ponction ramène du pus chocolat ; une deuxième est blanche. Incision : issue de pus avec membranes et vésicules hydatiques abondantes. Ouverture assez large. Trois drains. Marsupialisation sans fermeture de la peau.

Suites opératoires : Les jours suivants, par l'ouverture s'écoula un liquide abondant dans lequel une recherche du suc pancréatique se révéla positive. Les suites furent bonnes. Il ne se forma pas de fistule pancréatique vraie. La cicatrisation complète se produisit au bout de deux mois.

Malade revue le 29 mars 1938, en bonne santé, mais présentant une éventration sus-ombilicale très importante. Ni albumine, ni sucre dans ses urines.

OBSERVATION C. — J. BERTRAND et A. DEROCQUE (*inédite*).

Homme de 48 ans. Antécédents sans intérêt.

En août 1935, apparition d'un ictère se présentant avec tous les caractères d'un ictère infectieux bénin. Ictère de plus en plus intense, urines bilieuses, selles décolorées, vomissements, état fébrile pendant 8 jours ; puis chute thermique en lysis. Cet ictère persiste pendant trois semaines, avec atteinte assez profonde de l'état général caractérisée notamment par un amaigrissement marqué.

C'est à l'occasion de cet « ictère catarrhal » que le médecin du malade constata dans l'hypocondre gauche, une tuméfaction qui lui sembla être une grosse rate.

Pendant la convalescence, une radiographie pratiquée révéla un refoulement de l'estomac à droite de la ligne médiane et une concavité de toute la grande courbure se moulant sur cette tumeur considérée comme étant une grosse rate.

Un examen du sang fut pratiqué le 12 septembre 1935 et donna les résultats suivants :

Globules rouges	3.230.000
Globules blancs	18.700
Hémoglobine	75 %
Valeur globulaire	1,15

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	72
Polynucléaires éosinophiles	6
Grands mononucléaires	2
Moyens mononucléaires	16
Lymphocytes	4

Deux nouvelles formules pratiquées en octobre et en décembre 1935 donnèrent des résultats sensiblement identiques et montrèrent, en particulier, la constance d'une petite éosinophilie. Ces examens de sang parurent venir à l'appui de ce qu'on croyait être une grosse rate. L'étiologie n'étant pas précisée, aucun traitement ne fut institué.

C'est depuis août 1936 que le malade présente des crises dont le caractère singulier doit être analysé. Soudainement, dans la matinée, il présente des sueurs profuses et des nausées. Au repas de

midi, il ne mange pas ou très légèrement. Dans l'après-midi surviennent, à deux reprises, des vomissements bilieux. Cet état qui dure habituellement 24 heures se prolonge parfois pendant deux jours. On ne s'en étonne guère, car on l'attribue à l'insuffisance hépatique consécutive à l'ictère infectieux bénin de l'année précédente. Dans l'intervalle, l'état de santé est parfait ; on ne note aucun symptôme dyspeptique. Cependant, le malade présente, de temps à autre, de la diarrhée et il a maigri depuis 2 ou 3 mois.

C'est avec le diagnostic de « grosse rate » que le malade est adressé au Docteur BERTRAND.

Examen le 25 janvier 1938. Homme amaigri et asthénique. On trouve, entre l'hypocondre gauche et la région épigastrique, une tumeur se devinant déjà à l'inspection par l'existence d'une petite voussure. A la palpation, on sent une tuméfaction arrondie, rénitente, semblant se prolonger loin dans la profondeur et sous les fausses-côtes gauches.

Le diagnostic de splénomégalie doit être rejeté pour les raisons suivantes : 1^o l'aspect arrondi et kystique de la tumeur ; 2^o le fait que, si cette tumeur était une grosse rate, on aurait l'impression de la sentir immédiatement sous la paroi ; 3^o on ne constate pas d'échancrures spléniques ; 4^o il n'y a pas de matité splénique.

Quant au foie, il est normal et ne déborde que d'un travers de doigt le rebord costal.

L'examen général ne révèle rien d'anormal. Cœur et poumons sont normaux. Tension artérielle : 16/10.

On pose donc le diagnostic de tumeur kystique de l'étage supérieur de l'abdomen et on décide une intervention chirurgicale qui consistera au moins en une laparotomie exploratrice. La veille de l'intervention, étant donné la constatation d'une éosinophilie sanguine, on pratique une intra-dermo-réaction de Casoni. Précocément négative, cette réaction se montre positive trois heures après l'injection.

Intervention le 3 février 1938 (D^r A. DEROCQUE). — Anesthésie à l'évipan. Malade en position dorsale cambrée. Incision transversale de 12 centimètres au-dessus de l'ombilic, à hauteur du point le plus saillant de la tuméfaction. Section des muscles grands droits.

La tumeur pointe entre l'estomac et le côlon transverse, refoulant en avant le ligament gastro-côlique. L'estomac est lui-même

refoulé en avant et à droite, et ses vaisseaux de la grande courbure, extraordinairement dilatés, ont acquis un calibre énorme. La veine gastro-épiploïque présente un diamètre de 5 millimètres environ.

Effondrement du ligament gastro-côlique. La tumeur fait saillie en avant de la colonne vertébrale où elle est recouverte de tissu pancréatique d'apparence normale et où sa consistance est dure mais légèrement dépressible. Elle se continue, à gauche, dans la loge sous-phrénique, par une masse volumineuse, irrégulière, très dure, sillonnée de nervures ayant une consistance de pierre. Il n'y a aucune adhérence à la rate. À droite, la tumeur ne paraît présenter aucun prolongement, mais en relevant l'estomac, on constate que sa face postérieure, au voisinage de la petite courbure adhère à la tumeur sur 6 ou 7 centimètres de longueur.

On ponctionne la tumeur dans sa zone légèrement dépressible, avec un gros trocart à kyste de l'ovaire. On n'obtient que quelques gouttes de liquide. Retirant le trocart, on constate qu'il est bouché par une hydatide, et le kyste apparaît rempli d'hydatides vivantes ou flétries, avec très peu de liquide.

Incision transversale du kyste, évacuation des hydatides. Lavages à la solution formolée.

L'exploration de la cavité kystique montre qu'elle est biloculaire : la première poche, médiane, prévertébrale est du volume du poing. Puis la main trouve, en arrière et à gauche, un orifice par lequel elle passe difficilement pour atteindre une poche sous-phrénique, postérieure, où le poing se met aisément. En étenchant à la compresse, on ramène quelques débris de membranes.

Suture de la paroi kystique, que l'on fixe à la paroi abdominale sur 6 centimètres de longueur. Fermeture complète de la paroi.

Suites opératoires. — Les jours suivants, le malade ne présente pas de vomissements et n'est pas shocké, mais sa température oscille entre 38°2 et 38°9.

Le 8^e jour, on désunit partiellement la plaie opératoire dans la zone où l'on a fixé la poche et on rouvre le kyste qui se trouve ainsi secondairement marsupialisée.

Grands lavages quotidiens de la poche à l'eau oxygénée.

Le 15^e jour, le pansement est souillé de liquide brun, noirâtre. Le lendemain, au cours du lavage, il se déclare une hémorragie abondante de sang rouge, qui cède à un tamponnement serré de la poche.

Trois jours plus tard (nuit du 21 au 22 février), sans qu'on ait touché au tamponnement depuis sa mise en place, le malade vomit un demi-verre de sang rouge. Pas d'hémorragie par la plaie, mais le poulx passe progressivement à 100, 120, 140, 160, malgré la mise en œuvre du traitement habituel. Une transfusion de 300 cc. amène une sédation.

Le lendemain, la température remonte à 39°, puis s'abaisse les jours suivants.

Le tamponnement est enlevé le 9^e jour et on reprend des lavages à l'eau oxygénée.

On constate, alors, l'existence d'une petite fistule gastrique (issue d'aliments) qui persistera pendant six semaines, entraînant la digestion partielle de la paroi cutanée voisine. La température oscille entre 37° et 38°, sauf deux poussées de rétention de quelques jours.

Le malade quitte la clinique, le 16 mai et ne revient aux pansements que tous les trois jours. L'écoulement qui, au début nécessitait 2 ou 3 pansements par jour, a diminué progressivement.

Depuis le 20 mai, il n'y a eu aucun écoulement par la fistule qui est encore perméable, sur une longueur de 8 centimètres.

OBSERVATION CI. — BIANCARDINI. *Inédite.*

C... François, 9 ans, entre le 10 avril 1935 dans le service de chirurgie de l'Hôpital de Constantine (service du D^r OULIÉ), pour tuméfaction de l'hypocondre droit. Cette grosseur est apparue, au dire du petit malade, il y a cinq mois. Elle a augmenté de volume petit à petit pour atteindre son volume actuel. C'est là le seul signe qui ait attiré l'attention de l'enfant. Cette tumeur est, en effet, indolore et le malade n'a jamais ressenti aucune douleur dans le côté. Ses fonctions digestives sont normales. Il va régulièrement à la selle tous les jours et n'a jamais présenté de diarrhée.

A l'examen, on constate une tuméfaction de l'hypocondre droit, sous le rebord costal, du volume d'une grosse orange. A la palpation, cette tumeur est arrondie, lisse, rénitente et se continue avec le parenchyme hépatique qui déborde très légèrement le rebord costal. Elle est indolore. Elle est aisément palpable en dehors, tandis qu'en dedans la main qui palpe est arrêtée par une tuméfaction située

sur un plan postérieur et interne mais qui semble indépendante de la tumeur palpable, ne suivant pas les mouvements de mobilisation imprimée à celle-ci. A la percussion, cette tumeur est uniformément mate. Par ailleurs, l'examen du malade ne montre aucun autre signe pathologique.

On pose le diagnostic de kyste du foie. Un Casoni pratiqué est très fortement positif, ainsi que la réaction de Weinberg. Un examen du sang montre une formule normale avec éosinophilie à 4 %.

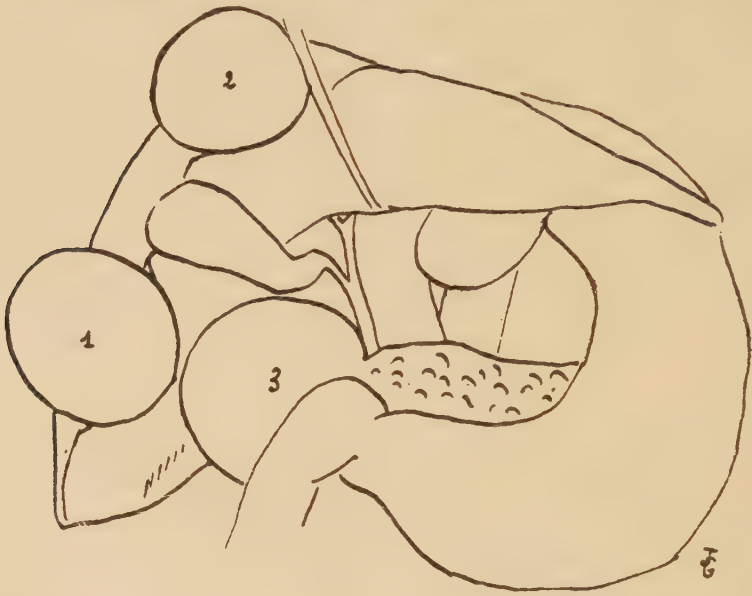


FIG. 3. — Schéma montrant la situation du kyste du pancréas (3).
Les kystes du foie sont représentés plus petits qu'ils n'étaient en réalité
(Dessin de J. GRASSET).

Intervention le 12 avril (BANCARDINI) : Anesthésie à l'éther. Incision parallèle au rebord costal, à deux travers de doigt au dessous. Le péritoine ouvert, on aperçoit deux kystes du foie. Un premier, celui perçu nettement à l'examen, à droite de la vésicule biliaire, du volume d'une grosse orange ; l'autre, un peu plus profond, en dedans du premier et un peu postérieur, a le volume d'une orange. Protection. Évacuation, après ponction au trocart, des deux kystes univésiculaires : le premier contenant un liquide légèrement jau-

nâtre, le second, très clair. Formolage. Ablation des membranes. Éthérisation. Suture des périkystiques par un sujet de catgut n° 2.

On continue l'exploration et on sent sous le bord du foie, à droite de la vésicule, un nouveau kyste du volume d'un gros poing. Le foie récliné, on se rend compte que ce kyste est sous-péritonéal. Incision du péritoine postérieur. Protection. Ponction, évacuation d'un kyste univésiculaire clair. Formolage. Ablation de la membrane-mère. Éthérisation. Le kyste évacué, on se rend compte qu'il est développé au dépend de la tête du pancréas. Fermeture de la périkystique par un surjet. Le kyste étant situé trop profondément pour qu'on songe à l'amarrer à la paroi, on se contente de le réduire sans drainage et on suture le péritoine postérieur. Les deux kystes du foie sont amarrés à la paroi en dehors du péritoine. Paroi en trois plans. Crins sur la peau.

Les suites opératoires sont apyrétiques. Cicatrisation *per primam*. Pas de suintement dans les kystes réduits. Le malade sort guéri, le 30 avril 1935. Revu un an après, en excellente santé.

Cas recueillis dans la littérature médicale, non rapportés dans la thèse de Doïtchinovitch

OBSERVATION LVI. — TROMOPOULOS (1896).

L'auteur signale un cas à propos d'une préparation anatomique de kyste hydatique de la tête du pancréas.

OBSERVATION LVII. — REMEDI (1906).

Chez une femme de 33 ans, kyste hydatique suppuré du corps du pancréas. Tuméfaction globuleuse ayant débuté 4 ans auparavant. Grosse comme une tête d'enfant, elle occupe une partie de la moitié gauche de l'épigastre et du mésogastre, de la ligne médiane à la ligne axillaire antérieure. Elle est lisse, élastique, mate, peu douloureuse à la pression légèrement mobile dans le sens transversal. La rate est grosse, isolable de la tuméfaction. Pas de frémissement hydatique. Pas d'ictère. Dépérissement notable. Eosinophilie : 4 %. Rien dans l'urine.

Diagnostic clinique : kyste du pancréas.

Opération : REMEDI, le 25 mars 1902 : Kyste hydatique du pancréas, du volume d'une tête d'enfant, en partie calcifié, suppuré.

Procédé de VOLKMANN. On retire une sérosité purulente avec des vésicules-filles en déliquescence. — Mort dans la cachexie, le 29 août 1902.

L'autopsie a confirmé l'origine pancréatique du kyste.

OBSERVATION LVIII. — ALEZAIS et MOLLARET (1907).

Observation un peu obscure, rapportée comme kyste hydatique du méso-côlon transverse. Découverte d'autopsie chez un nègre des îles Royalty : « La tumeur confinait, à droite, au pylore et à la portion descendante du duodénum, à gauche à la queue du pancréas. Le kyste plongeait derrière l'estomac, dans l'arrière cavité des épiploons jusqu'au rachis, accolé au côlon transverse, faisant corps avec lui. »

OBSERVATION LIX. — HERREVA VEGAS (1907).

M. D..., 12 ans, entré à l'Hôpital des Cliniques de Buenos-Aires, le 21 janvier 1905. Un an auparavant, on avait remarqué une tumeur dans la région de l'épigastre et de l'hypocondre gauche. Cette tumeur augmentant de volume, l'enfant fut amené au service de clinique médicale du professeur AYERZA, où la tumeur fut diagnostiquée : kyste hydatique de la rate. On apprit par l'interrogatoire que la tumeur en question datait d'environ un an et que son accroissement de volume n'avait occasionné ni grandes douleurs, ni pesanteurs. Légère constipation.

L'examen révèle une tumeur occupant l'hypocondre gauche et s'étendant à une partie de l'épigastre (dimensions d'une tête d'adulte) ; tumeur lisse, indolore, rénitente, mate à la percussion et descendant un peu avec les grandes inspirations. La palpation permet de la bien délimiter dans sa partie inférieure et dans son bord droit.

La sonorité était franche à la percussion dans la partie inférieure de la tumeur et une zone sonore la séparait de la matité splénique. On nota le frémissement hydatique dans la partie supérieure de la

tumeur. On diagnostiqua donc un kyste hydatique sans pouvoir en préciser le point de départ.

Opération le 22 juillet 1905 : Incision médiane supra-ombilicale. On lève le grand épiploon qui recouvre la tumeur et qui est sillonnée de nombreuses veines. On arrive à la cavité postérieure des épiploons et le pancréas apparaît distendu sur une tumeur aux parois lisses, blanc-bleuâtres, présentant quelques adhérences. On incise le kyste : il en sort plusieurs litres de liquide clair et des restes de membranes molles et friables. On sèche bien la cavité du kyste ; on la ferme en la laissant dans la cavité abdominale. Suture du péritoine, tissus musculaires et peau.

Guéri, sans accidents, en un mois.

OBSERVATION LX. — GOYANES (1909).

GOYANES a rapporté au Second Congrès espagnol de Chirurgie (1909) un cas de kyste hydatique infecté du pancréas dans lequel il pratiqua l'énucléation, réséquant la tête de la glande, « avec un résultat défavorable » (*desgraciado*).

OBSERVATION LXI. — MERMINGAS (1911) (1).

Homme de 32 ans, originaire d'Olympie, garçon de tribunal. Dix mois avant, douleurs dans la région sous-costale gauche, tuméfaction progressive, qui va de cette région vers la ligne médiane. On constate, avant l'opération, que le côlon transverse est sous-jacent à la tumeur et que l'estomac se trouve au-dessus et à sa gauche. Diagnostic de présomption : kyste hydatique, peut-être d'origine pancréatique.

Opération : (P^r MERMINGAS). Incision médiane sus-ombilicale : tumeur lisse et sphérique sur laquelle est fixé le grand épiploon. Ponction : liquide foncé.

Fixation à la paroi, puis incision. Le liquide aspiré est d'environ trois litres et demi. Le doigt pénètre dans la cavité kystique et ne peut en suivre les parois. Tamponnement avec mèche.

(1) Nous devons la traduction de cette observation (comme aussi des observations LXIX, XCIV, XCVI et des quatre cas inédits que nous mentionnons plus loin) à l'obligeance du Prof. Agrégé CONTIADÈS, d'Athènes (ancien interne des Hôpitaux de Paris), que nous tenons à remercier ici.

Sept jours après l'opération, à l'occasion du pansement, on remarque une issue de liquide purulent. Élévation thermique à 38°. Près d'un mois après, issue d'une vésicule hydatique, stérile, de dimensions « moyennes ». Cicatrisation après la sortie de l'hôpital. Le malade n'a plus de troubles.

La localisation exacte du kyste hydatique dans le pancréas n'a pas été précisée.

OBSERVATION LXII. — ENDERLEN (1912).

Présentation d'un malade chez lequel un échinocoque de la tête du pancréas a été extrait en totalité. Guérison sans accidents.

OBSERVATION LXIII. — MADINAVEÏTIA (1913).

MADINAVEÏTIA a publié l'observation d'un malade qui vint mourir à sa clinique avec une obstruction du cholédoque paraissant cancéreuse. A l'autopsie, on trouva un kyste hydatique de la tête du pancréas.

OBSERVATION LXIV. — SCHIPATSCHEFF (1914).

L'auteur rapporte sans détails un cas d'échinococcose du pancréas.

OBSERVATION LXV. — JAMES OLIVER (1914).

Femme de 23 ans, entrée à l'hôpital le 23 septembre 1914. La seule chose dont elle se plaignait, c'était de constater l'augmentation progressive de son abdomen depuis Noël 1912. Elle en était peu incommodée et n'en souffrait pas. L'abdomen est très déformé par une tuméfaction s'étendant du pubis jusqu'à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est légèrement mobile vers le haut, elle est indolore. A la palpation, on a une sensation peu nette de fluctuation. Au toucher vaginal, le col de l'utérus est déporté à droite ; le corps de l'utérus est perceptible à droite ; il n'est pas hypertrophié. On ne sent ni l'ovaire droit ni l'ovaire gauche et aucune tuméfaction n'est perceptible dans le bassin.

Diagnostic : D'après l'histoire clinique et les signes physiques, on conclut à tumeur ovarienne, probablement dermoïde.

Opération : Avec l'intention d'extirper cette tumeur en totalité en raison de sa nature probablement dermoïde, on fait une longue incision médiane ; mais celle-ci doit être prolongée jusqu'à l'appendice xyphoïde. A l'ouverture on aperçoit une tumeur cachée par le grand épiploon et le côlon transverse. En introduisant la main dans le pelvis, on constate qu'utérus et ovaires sont normaux et que l'origine de la tumeur n'est pas pelvienne. La partie inférieure de la tumeur est revêtue par une languette épiploïque d'environ un pouce et demi de largeur et recouvrant partiellement le côlon transverse. En relevant cette languette, on découvre le côlon transverse, tellement adhérent à la tumeur que sa tunique musculaire « s'y incorpore ».

Libération de la tumeur, aussi loin que possible, par énucléation de sa capsule épiploïque. On trouve alors un kyste avec un pédicule prenant naissance dans la région de la racine du diaphragme. Le pédicule est disséqué et le tissu musculaire et fibreux qui lui est incorporé ligaturé « pièce par pièce ». Le pédicule est ainsi libéré, mais c'est maintenant la partie antérieure de l'estomac qui est incorporée au kyste et quand ils furent séparés, la surface antérieure (?) de l'estomac fut complètement dépourvue de son revêtement péritonéal. On réussit à la recouvrir, ainsi que le côlon transverse dénudé, avec des lambeaux péritonéaux dissociés de la tumeur. Celle-ci contient un liquide purulent et des vésicules-filles ; la membrane-mère libre s'échappe avec le liquide lors de l'incision de la tumeur. Il n'y avait rien dans l'histoire clinique qui fût susceptible d'indiquer l'apparition de la suppuration ; la température resta normale, même lorsque la malade fut admise à l'hôpital.

Des coupes de la paroi kystique la révèlent composée de tissu fibreux disposé en grande partie en couches régulières avec, par places, du tissu musculaire ; la tunique interne du kyste était formée de petites cellules rondes.

Shock opératoire très important ; mais convalescence sans incident (1).

(1) D'après les caractères de la tumeur et d'après ses rapports tels qu'ils sont indiqués par l'auteur, il ne semble pas douteux qu'il se soit agi dans cette obser-

OBSERVATION LXVI. — C. ROUX (1915).

Kyste à échinocoques du pancréas, de très grand volume. Diagnostique non posé avant l'opération.

« Pancréato-kystojéjunostomie », car les deux tiers de la glande allant tout près de la tête semblaient compris dans la formation du kyste et on craignait une continuation de la sécrétion glandulaire, avec excrétion défectueuse.

On plaça au niveau de l'épigastre un drain pour l'évacuation des vésicules et on fit subir au malade, avec son approbation, celle du médecin traitant (Dr TREUTHARDT) et celle du Prof. DIND, une injection de 606 en suivant l'idée de *Sterilisatio magna*, qui avait semblé à M. ROUX se réaliser dans quelques cas (1).

OBSERVATION LXVII. — Alejandro NOGUEIRA (1916).

Femme de 68 ans. La malade a noté, depuis 2 ou 3 ans, une tuméfaction de la région de l'hypocondre gauche ; tuméfaction indolore, n'ayant été accompagnée d'aucun trouble gastrique ni urinaire. Quelque peu amaigrie, la malade présente de la congestion des deux bases pulmonaires. Bruits cardiaques un peu débiles, pouls tendu à 66, régulier. Ventre flaccide. A la palpation, on constate dans le flanc gauche une tuméfaction du volume des deux poings qui arrive au contact de la paroi antérieure, laquelle est légèrement surélevée. Cette tuméfaction occupe le flanc et s'insinue un peu au-dessous du rebord costal ; sa partie la plus saillante siège au niveau de la ligne axillaire ; sa limite interne est à 3 doigts de la ligne médiane. La limite inférieure affleure la ligne ombilicale transverse. Elle a un large contact lombaire et « pelote ». Espace de Traube conservé. L'insufflation du côlon éloigne la tumeur de la

variation d'un kyste hydatique suppuré du corps du pancréas et non pas d'un kyste hydatique « de la racine du diaphragme ».

(1) Nous rappellerons, à ce propos, que les recherches expérimentales de M. Dévé avaient déjà démontré, à cette époque, « que même à une dose quatre fois supérieure à celle qui ne peut être dépassée sans danger chez l'homme, le néo-salvarsan en injections intraveineuses répétées s'est montré (chez le lapin) sans action sur la vitalité des germes hydatiques inoculés ». Cf. « Greffe hydatique et néosalvarsan ». *C. R. de la Société de Biologie*, 25 avril 1914 (en collaboration avec le Dr J. PAYENNEVILLE).

paroi abdominale antérieure et la recouvre d'une zone de sonorité. Cette tuméfaction est entièrement mobile, peut se réduire partiellement sous le rebord costal et approcher de la ligne médiane. Vers le bas, le déplacement est moindre. Elle suit les mouvements respiratoires. Sa surface est lisse, sa consistance est rénitente. Elle est indolore.

Examen radiographique : Dans la région du rein gauche, ombre diffuse qui arrive jusqu'à l'apophyse transverse de la 3^e vertèbre lombaire. — *Cathétérisme urétéral bilatéral* : A droite : urée : 6,4 au litre ; chlorures : 22. A gauche : urée : 5,5 ; chlorures : 25.

Avec ces données, on pense, comme diagnostic probable, à un kyste hydatique du pôle inférieur du rein gauche.

Opération : Incision lombaire oblique. Le rein gauche apparaît avec un volume normal. Surface irrégulière, dépressions, épaisissements de la capsule. En continuant la dénudation on trouve, au niveau du hile, une tuméfaction blanchâtre, résistante, qui se dénude facilement de la graisse ambiante. La ponction donne un liquide « cristal de roche ». On ouvre et on extrait la membrane-mère. Résection de la périkyistique et fermeture en deux plans. En faisant la traction du kyste, on constate qu'il couvre tout le hile rénal et la portion supérieure de l'uretère. Le bassinnet est légèrement dilaté.

Le kyste était inclus dans la queue du pancréas. La substance pancréatique s'étend sur la surface de la périkyistique avec laquelle elle s'identifie sans pouvoir s'en séparer.

Le quinzième jour la malade sort, la plaie ayant guéri par première intention.

La localisation du kyste, sa mobilité rendaient vraisemblable le diagnostic de kyste rénal ou périrénal, d'autant que le cathétérisme urétéral, en dénonçant une rétention pyélique, semblait montrer une intime connexion avec la glande urinaire.

OBSERVATION LXVIII. — Rapportée par TOOLE (1917).

Cas de kyste hydatique du pancréas, observé à l'Hôpital municipal, chez une femme de 21 ans, originaire de Laconie.

OBSERVATION LXIX. — POENARU CAPLESCO (1920).

L'auteur a opéré, en 1916, un malade présentant une tumeur de la région épigastrique associée à des troubles digestifs et gastriques et à des douleurs irradiant à l'épaule gauche. Il s'agissait d'une tumeur bosselée, dure, non douloureuse à l'exploration, saillante sous les téguments et mobile à droite et à gauche de la ligne médiane, mais ne suivant pas les mouvements respiratoires. L'examen radiologique montrait un estomac bilobé. L'examen du suc gastrique et les épreuves alimentaires se révélèrent négatives.

Opération (Procédé BOND-DÉVÉ) : On a trouvé un kyste hydatique développé profondément dans le corps du pancréas. La tumeur formée par une portion superficielle, dure, des dimensions d'une châtaigne, était reliée à la tumeur principale profonde par un cordon. Cette dernière, de la grosseur de deux poings, était implantée dans le pancréas, adhérente au méso-côlon transverse et à l'angle duodéno-jéjunal qui était refoulé en avant sur la paroi antérieure du kyste. Formolisation préalable de la petite tumeur avec une solution à 10 % ; on retire ensuite les vésicules-filles qui étaient très nombreuses ; puis, formolisation de la grande poche et, après cinq minutes, évacuation du contenu : membrane-mère et vésicules-filles.

OBSERVATION LXX. — RABUFFETTI (1920).

Homme âgé de 50 ans, entré à l'hôpital le 3 décembre 1918. Le début de la maladie actuelle remonte à 9 ans. Le malade commença alors à ressentir des brûlures gastriques sans horaires fixes, calmées par des médicaments divers. Il y a 4 ans, le malade présenta des douleurs au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit, sans irradiations, sans rapports avec les repas, accompagnées de brûlures gastriques surtout nocturnes. D'autre part, appétit normal, forces conservées, état général excellent ; constipation et diarrhée alternatives.

En novembre 1918, le malade remarque la décoloration des selles. A cette époque, les douleurs étaient violentes dans la région para-ombilicale où le malade avait remarqué, au moment des douleurs paroxystiques la présence d'une tumeur arrondie. On ne trouvait

pas cette tumeur en dehors des crises. Le 20 novembre 1918, le malade remarque un subictère des conjonctives ; très rapidement les téguments deviennent jaunes ; prurit. Urines foncées ; matières décolorées. Tableau complet d'un ictère par rétention. Anorexie, dégoût pour toutes sortes d'aliments sauf pour le lait. Vomissements. En 7 mois amaigrissement de 17 kilos.

État actuel : Amaigri et ictérique. A la palpation de l'abdomen, on trouve une tumeur à droite de l'ombilic, de consistance ferme, arrondie, des dimensions d'une mandarine, profondément située, non mobile avec les mouvements respiratoires, indolore à la palpation superficielle ; la douleur peut être calmée par la palpation profonde.

Diagnostic probable : Cancer de la tête du pancréas, sans exclure une pancréatite chronique, une tumeur du pancréas comprimant le cholédoque dans son trajet intra-hépatique.

Opération : Laparotomie para-rectale externe. On soulève le côlon transverse pour explorer la tête du pancréas qui se trouve au-dessous du mésocôlon correspondant. On remarque que le pancréas est abaissé par une tumeur siégeant sur sa face supérieure. On récline le grand épiploon et le côlon transverse vers le bas pour explorer la portion de la tête qui se trouve au-dessus. On sépare la portion du grand épiploon correspondant à sa portion gastro-côlique, et on observe une tumeur qui soulève l'estomac et le pylore. Cette tumeur est rénitente. La ponction montre un liquide clair, eau de roche. La tumeur siège dans le pancréas, intéressant la partie droite du corps, l'isthme et une partie de la tête, tout ceci dans sa portion sus-mésocôlique. La paroi de cette tumeur, très mince, fut marsupialisée à la partie moyenne de l'incision abdominale après qu'on eût extirpé la membrane germinative (pas de vésicules-filles). Suture de la paroi.

Après l'opération, disparition de l'ictère et des troubles digestifs. Recoloration des selles, augmentation du poids, mais persistance d'une fistule pancréatique. Le malade continue cependant une vie active tandis que s'écoule un liquide filant, comparable à de la salive.

OBSERVATION LXXI. — TIXIER et DOUAY (1921).

Garçon de quinze ans. Le 25 février 1920, après quelques douleurs fugaces dans l'hypocondre droit, apparaît un ictère, sans fièvre, sans troubles gastro-intestinaux. Les matières sont décolorées, les urines foncées et bilieuses. L'ictère devient de plus en plus intense, mais l'état général reste bon ; la température est normale. Dans les mois suivants l'ictère prend un caractère variable, les matières sont très grasses, pâteuses et abondantes, le foie s'hypertrophie et devient dur. L'état général reste assez bon.

Examen de l'enfant, le 9 juin 1920. On trouve tous les signes d'un ictère chronique par rétention. L'hypocondre droit est déformé en raison de l'hépatomégalie. Sur la ligne mamelonnaire, le foie s'étend de la 4^e côte au voisinage de la crête iliaque. A droite de l'ombilic, on voit une tuméfaction arrondie qui soulève la paroi et suit les mouvements respiratoires : c'est la vésicule biliaire, du volume d'un gros œuf. La surface du foie est lisse, régulière, relativement élastique. Le bord inférieur du foie est dur, tranchant, indolore. Audessous du bord inférieur du foie, on sent une tuméfaction, lisse arrondie, un peu résistante, comme appendue à la face inférieure du foie. Cette tuméfaction est mobile avec les mouvements respiratoires et semble faire corps avec le foie. Le côlon transverse la sépare de la paroi abdominale.

Radioscopie : Cœur et poumons normaux. La coupole diaphragmatique ne présente aucune bosselure. Après insufflation du rectum et ingestion du mélange effervescent, l'ombre hépatique apparaît considérable et on voit nettement : 1^o sur la ligne médiane, une tumeur de contour extrêmement régulier, bombé à la face inférieure du foie dont elle semble issue car elle présente les mêmes mouvements que le foie ; 2^o à la face inférieure du lobe droit, une ombre piriforme représentant la vésicule biliaire hypertrophiée.

Examens de laboratoire :

1^o *Examen du sang ;*

Polynucléaires neutrophiles	38
Polynucléaires éosinophiles	3
Grands monocléaires	8
Moyens mononucléaires et lymphocytes	51

2^o *Réaction de Weinberg : négative.*

3^o *Analyse des fèces. Conclusions :* a) Augmentation de la traversée digestive (47 heures) ; b) Augmentation du poids des matières sèches par rapport au poids des matières fraîches ; c) Réaction acide ; d) Quelques fibres musculaires sont imparfaitement digérées ; e) Abondance extraordinaire de gouttelettes de graisses neutres et de cristaux d'acides gras ; f) Utilisation très incomplète des graisses, une grande partie est transformée en acides gras ; les savons sont minimes ; g) Utilisation de l'azote, notablement augmentée ; h) Excellente digestion des hydrates de carbone.

Opération, le 6 juillet 1920, pratiquée par le Dr J.-L. FAURE. — Anesthésie : mélange de Schleich. Incision épigastrique : décollement colo-épiplœique ; on tombe sur le kyste qui bombe entre la face inférieure du foie et le côlon transverse, en refoulant l'estomac à gauche, caché en partie par la région pylorique. Ponction de la tumeur qui contient un liquide clair, eau de roche. Extraction de 20 à 30 cc. de liquide qu'on remplace par 10 cc. d'une solution de formol à 10 %. Après cinq minutes de contact de la solution formolée, évacuation de 300 cc. de liquide, puis incision du kyste et ablation de la membrane fertile.

L'exploration de la poche montre son origine profonde, vraisemblablement dans la région de la tête du pancréas, au voisinage du cholédoque. Marsupialisation de la poche. Fixation de la membrane fibreuse à la peau ; drainage par un gros drain. Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites opératoires très satisfaisantes. Saignement très abondant pendant vingt-quatre heures. Le drain est enlevé le troisième jour ; les fils profonds le treizième jour. Cicatrisation assez lente, bien qu'il n'y ait aucune sécrétion de la poche : en un mois. Les matières ont repris leur coloration dès le soir du 2^e jour ; elles étaient complètement recolorées le quatrième jour ; les urines ont repris leur coloration normale le troisième jour. L'ictère s'est atténué progressivement pour disparaître complètement trois semaines après l'opération. Le foie a très rapidement diminué de volume dès la première semaine ; il avait repris ses dimensions normales vers la fin du premier mois. L'examen du sang n'a pas montré de modifications bien notable dans le taux de l'éosinophilie : 3 à 4 %.

notables dans le taux de l'éosinophilie : 3 à 4 %. La réaction de Weinberg est demeurée négative.

Le jeune opéré est revu en octobre 1921, dans un état de santé parfaite.

OBSERVATION LXXII. — ASPIAZU (1922).

L'auteur péruvien cite, dans sa thèse, un cas de kyste hydatique du pancréas observé par le Dr BELLO à l'hôpital Santa-Anna : « Rosa N. Jimenes, 29 ans ».

OBSERVATION LXXIII. — GROSDOFF (1925).

T. N. GROSDOFF (de Tiflis), au congrès de Bakou (1925), a fait allusion à 8 cas de kystes hydatiques avec frémissement hydatique observés de 1923 à 1925, dont « un du pancréas ».

OBSERVATION LXXIV. — SENEVET et WITAS (1926).

Les auteurs citent, dans la statistique des hôpitaux militaires de 1914, le cas, observé à Mascara, de « Gl... Edmond, 33 ans, indigène, cocher, qui présentait un kyste hydatique suppuré du pancréas ».

OBSERVATION LXXV. — SENEVET et WITAS (1926).

Cas relevé dans la statistique du Dr LEMAIRE d'Alger.

Bar..., Européen, 32 ans. Kyste hydatique de la région pancréatique (avait eu un kyste hydatique du foie opéré en 1911). Eosinophilie 0 %.

OBSERVATION LXXVI et LXXVII. — MOLLOFF (1927).

L'auteur signale dans la statistique de l'Institut anatomo-pathologique de Sofia, sur 8.653 autopsies au cours de 26 ans à l'Alexander SPITAL, 65 cas de kystes hydatiques, dont deux du pancréas (chez 2 femmes).

OBSERVATION LXXVIII. — NOWITZKY (1927).

L'auteur a observé un kyste hydatique du pancréas. Cas cité par NERSESSOF, sans détails.

OBSERVATION LXXIX. — SLAVIN (1927).

SLAVIN rapporte un cas de kyste hydatique du pancréas avec remarques sur la réaction de Weinberg.

OBSERVATION LXXX. — BARRIENTOS (1928).

Cas observé à l'hôpital de R. del Rio, de Santiago du Chili. Garçon de 12 ans.

Diagnostic : Kyste hydatique de la rétrocavité des épiploons.

Opération le 5 mai 1919. Laparotomie supra-ombilicale. Formolage. Extraction de la membrane. Fixation du sac à la paroi (marsupialisation).

Sorti guéri le 20 avril.

C'est le seul cas de kyste du pancréas, sur 275 opérés de kystes hydatiques au Chili.

OBSERVATION LXXXI. — TANTON (1928).

Observation intitulée : « Kyste hydatique du mésocôlon transverse comprimant le pédicule hépatique. Ictère par rétention. Intervention. Guérison. »

M..., jeune soldat, âgé de 21 ans, entre au Val de Grâce, présentant un ictère assez intense et accusant des douleurs dans l'hypocondre droit. On ne retrouve aucune affection dans ses antécédents ; en particulier pas d'affection hépatique ni d'ictère antérieur.

Les troubles actuels ont débuté par des douleurs intermittentes, assez violentes, rappelant assez nettement la crise de colique hépatique. L'ictère est allé en s'accroissant progressivement ; mais à aucun moment le malade n'a présenté de température. La décoloration des selles est complète ; les urines ont une teinte acajou foncé ; il s'agit d'un ictère par rétention. La matité hépatique est un peu augmentée, le foie déborde légèrement les fausses côtes ; la palpation de l'hypocondre droit reste négative. La fosse lombaire droite est libre, la rate normale.

L'ictère persiste et tend à s'accroître ; depuis une dizaine de jours les douleurs n'ont plus reparu.

Intervention : Incision de Kehr. En abaissant le côlon transverse,

on aperçoit un kyste du volume du poing siégeant dans le méso. Ce kyste, peu mobile, s'est développé surtout à la partie postérieure, comprimant le pédicule hépatique. C'est à cette compression que doit être attribué l'ictère.

Après formolisation de son contenu, le kyste est incisé, la membrane germinative enlevée, puis la poche suturée et réduite sans drainage. La réunion s'est faite par première intention.

L'ictère décroît d'abord progressivement, puis au bout de quatre semaines, se fonce à nouveau. Cette rechute n'est d'ailleurs pas de longue durée. Il disparaît peu à peu ; le foie reprend ses dimensions normales. La guérison est complète : trois mois après l'intervention, l'opéré pouvait reprendre son service (1).

OBSERVATION LXXXII. — MORTOLA et SCHLANGER (1930).

Homme, 30 ans, journalier. entré à l'hôpital le 5 février 1930. Il y a huit mois, il a commencé à ressentir une douleur diffuse dans la région épigastrique, avec irradiation dans la région lombaire droite. Un mois plus tard, ictère et fièvre pendant quelques jours. Au bout d'un mois, amélioration ; puis réapparition des mêmes symptômes au bout de trois semaines. Cette fois, avec un vomissement verdâtre, de l'urticaire ; pas d'anorexie pour les graisses.

Examen : Le malade déclare avoir perdu 9 kilos dans les sept derniers mois. Au niveau de l'abdomen pas de voussure anormale, mobilité normale, musculature abdominale bien développée, mais contracture, rendant la palpation difficile. Celle-ci révèle une douleur au niveau du point cystique et de la zone pancréatico-cholédocienne. Pas de tuméfaction dans l'hypocondre droit. Réaction de Casoni : fortement positive. Réaction de Serigos : positive. Urines normales. Sang : pas de polynucléose : éosinophilie 2 %. Le tubage duodénal, pratiqué à plusieurs reprises, n'a rien montré d'anormal.

Examen radiologique : L'angle supérieur droit du duodénum est augmenté, donnant l'impression qu'entre la partie pylorique de la grande courbure et la 2^e partie du duodénum il y a une tuméfaction enclavée. Estomac, duodénum, côlon normaux. Radiographie de

(1) Il ne nous paraît guère douteux qu'il se soit agi, là, en réalité, d'un kyste hydatique du pancréas (région de la tête ou du col).

la vésicule biliaire : négative, pas de calculs. A la base du poumon gauche : ombre arrondie, de 4 centimètres de diamètre.

Diagnostic : Kyste hydatique du poumon très probable et « duodénum ouvert ».

En résumé : Le syndrome cholédocien, un kyste hydatique du poumon, une réaction de Casoni positive, une cholécystographie négative, une radiographie du foie négative, un cadre duodénal ouvert, autorisent à penser qu'il s'agit d'une tumeur de la tête du pancréas et que cette tumeur n'est pas une pancréatite, ni un cancer, ni un kyste simple, mais un kyste hydatique.

Opération. Sous anesthésie générale, en palpant soigneusement l'abdomen, on ne sent pas la tuméfaction. Incision dans le quadrant supérieur droit. La face antérieure du pancréas apparaît immédiatement. On constate l'expansion des trois premières portions du duodénum et la palpation révèle l'existence d'une poche liquide sous tension.

Par suite, du siège profond de la tumeur, on emploie la méthode de KOCHER. La quantité de glande qui recouvrait la tumeur par devant et par derrière était la même. Kyste simple, kyste du cholédoque ou kyste hydatique du pancréas ? La ponction exploratrice éclaira le diagnostic. Protection par des champs. Ponction à travers la paroi antérieure du kyste. L'aiguille a dû traverser 3 centimètres de parenchyme ; on a retiré un liquide eau de roche. On voyait parfaitement les ramifications des vaisseaux pancréatico-duodénaux dans le sens horizontal. Dans ce sens, incision de 1 centimètre, pour extraire les membranes. Marsupialisation dangereuse à cause de la profondeur. On effectue la fermeture sans drainage, dangereuse aussi, mais moins que la marsupialisation.

(Les suites opératoires ne sont pas indiquées).

OBSERVATION LXXXIII. — REMEDI (1931).

Femme de 24 ans. Kyste hydatique du corps du pancréas. Tuméfaction du volume d'une mandariné, ayant commencé environ 9 mois auparavant ; globuleuse, élastique, située dans le triangle sus-ombilical gauche, limitée par l'estomac en haut et en dedans, par le côlon transverse en bas. Douleurs spontanées à l'épigastre. Rate

grosse en dehors de la tuméfaction. Pas de frémissement ; amaigrissement. Rien dans l'urine. Eosinophilie : 4 %.

Diagnostic clinique : Tumeur probablement kystique du pancréas.

Opération (REMEDI, 26 janvier 1906) : Kyste hydatique du corps du pancréas. Procédé de VOLKMANN : liquide clair : vésicules-filles Guérison.

OBSERVATION LXXXIV. — BINAGHI (1931).

Homme de 21 ans : Kyste hydatique de la tête du pancréas.

Sept mois auparavant le malade commence à avoir des malaises. Epuisement. Ictère qui va en progressant lentement. Douleurs à l'hypocondre droit. Admis à l'hôpital avec le diagnostic d' « angiocholite avec hydropisie de la vésicule biliaire ».

État présent : Dépérissement notable ; le poids a diminué de 12 kilos en 4 mois. Ictère intense. Prurit, douleurs épigastriques par accès. Langue vernissée ; constipation alternant avec la diarrhée. Selles crayeuses. Rien dans l'urine. Pas de circulation veineuse au niveau de l'abdomen. Rate grosse. Foie débordant de deux travers de doigts l'arcade costale ; lisse, légèrement douloureux à la pression.

Vésicule biliaire distendue. Défense musculaire à l'épigastre. Légère stéatorrhée. Réaction de Cammidge positive. Eosinophilie 2 %.

Diagnostic clinique : Lithiase biliaire ou tumeur de la tête du pancréas.

Opération (BINAGHI, 9 mai 1912) : Laparotomie para-rectale droite. Foie hypertrophié, mais d'aspect normal ; voies biliaires exemptes de calculs. Cholédoque et ampoule de Vater comprimés par un kyste de la tête du pancréas, qui a le volume d'une mandarine et donne à la ponction, issue à un liquide échinococcique clair. Procédé de LINDERMAN-LANDAU. Guérison.

OBSERVATION LXXXV. — CUSTODIO CABEÇA et BERNARDO VILAR (1931).

Les auteurs portugais signalent un cas de kyste hydatique du pancréas « extirpé » chez un homme de 50 ans. Opéré le 22 janvier 1929 par A. DOS-SANTOS. Guérison.

OBSERVATION LXXXVI. — CUSTODIO CABEÇA et B. VILAR (1931).

Kyste hydatique du pancréas « énucléé ». Homme de 45 ans. Opéré le 8 janvier 1930 par A. DOS-SANTOS. Guérison.

OBSERVATION LXXXVII. — CUSTODIO CABEÇA et B. VILAR (1931).

Cas de kyste hydatique du pancréas « marsupialisé ». Homme de 30 ans. Opéré par Crav. LOPES, le 21 mai 1930. Guérison.

OBSERVATION LXXXVIII. — UHAL (1932).

L'auteur rapporte un cas de kyste hydatique du pancréas opéré ; formolage.

OBSERVATION LXXXIX. — DANILIAK (1935).

Homme âgé de 27 ans, hospitalisé le 31 juillet 1930. Kyste du pancréas. Le kyste est ouvert et drainé. « L'écoulement grave post-opératoire aboutit à la guérison. »

OBSERVATION XC. — DANILIAK (1935).

Femme de 19 ans ; opérée le 23 décembre 1924. Kyste de la tête du pancréas. Le kyste est énucléé avec la capsule. Guérison.

OBSERVATION XCI. — DANILIAK (1935).

Échinococcose multiple du péritoine.

Opération : Dans le péritoine on trouve une masse de vésicules-filles nageant. Sur la face inférieure du foie, on trouve un kyste de gros volume, duquel on extrait des vésicules-filles. Un kyste de grand volume est trouvé dans la rate et vidé de ses vésicules-filles. Dans le pancréas a été ouvert et vidé un grand kyste. (Un kyste du rein gauche, un kyste du mésocôlon et un du mésentère n'ont pas été touchés.)

L'état du malade à la fin de l'opération s'aggrave. Mèches et fermeture partielle. Mort par péritonite.

OBSERVATION XCII. — AÏSOPOS (1936).

Femme de 23 ans. Deux mois auparavant, douleur dans la région sous-costale gauche, sans fièvre. Durée des douleurs : deux mois. Tuméfaction dure et un peu douloureuse de la région. Réaction de Casoni négative. On crut à un kyste hydatique de la rate.

Opération (SBAROUNIS) : Kyste hydatique de la queue du pancréas. Ponction évacuatrice ; injection de formol. Ablation en bloc du kyste hydatique « avec la capsule fibreuse », Mickulicz. — Fermeture de la plaie en trois semaines.

OBSERVATION XCIII. — HOCHÉ (1936).

Observation intitulée : « Échinococcose de la tête du pancréas avec compresion du canal cholédoque, refoulement de la vésicule biliaire et ictère, chez un campagnard de 54 ans ».

Depuis quatre mois, le malade remarque une coloration jaune de plus en plus prononcée des téguments, pour laquelle il entre à l'hôpital. Il n'en avait jamais souffert. Homme grand, maigre, fortement ictérique, en état de dénutrition. Dans l'hypocondre droit, on constate la présence d'une tuméfaction allongée et ovalaire, légèrement sensible à la pression, paraissant siéger au-dessous du foie et ressemblant à une vésicule biliaire très augmentée de volume. On perçoit cependant dans la profondeur une résistance qui, peut-être, correspond à une tumeur.

Radiographie : On constate que la vésicule biliaire ne s'injecte pas.

On note des antécédents contradictoires chez ce malade. S'il a commencé par dire qu'il n'a jamais eu de douleurs, il reconnaît ensuite qu'au début de sa maladie il a ressenti de violentes douleurs ; en sorte que le diagnostic peut rester en suspens entre obstruction par lithiasé ou tumeur, diagnostic vers lequel nous penchions à cause de l'âge et du mauvais état général du sujet.

Opération : Après ouverture du péritoine dans la région correspondant à la partie moyenne du rebord costal droit, on trouve une

vésicule biliaire considérablement hypertrophiée, rénitente. Le canal cholédoque apparaît élargi (largeur d'un pouce). On ne sent pas de calculs. L'estomac et le duodénum ne présentent rien d'anormal. On sent, par contre, derrière le côlon transverse, une tumeur de la grosseur d'un poing, de consistance élastique, appartenant au pancréas et plus facilement perceptible après ouverture du mésocôlon transverse. Une ponction de cette tumeur de la tête du pancréas donne un liquide « eau de roche » : ce qui établit le diagnostic de kyste hydatique. On réussit à libérer le kyste et à l'extirper en totalité. La cavité est drainée par une mèche iodoformée.

On fait alors une cholédocotomie. Cathétérisme du canal hépatique et de l'ampoule de Vater. Cette dernière semble maintenant bien perméable. La vésicule elle-même paraît bien libérée de toute compression. Un drain ; mèches.

La sécrétion par la plaie opératoire, très importante tout d'abord, persiste longtemps après. Le malade est très amélioré et reste en observation jusqu'à cicatrisation complète de la plaie.

OBSERVATION XCIV. — E. KONDOLÉON (1936).

Un cas de kyste hydatique du pancréas opéré par marsupialisation. Guérison.

OBSERVATION XCV. — LAZARESCO et E. MARES (1936).

Femme de 26 ans, entre à l'hôpital Brancovan, le 17 août 1935, pour des crises douloureuses abdominales à localisation épigastrique et pour tumeur siégeant sous le rebord costal gauche, accompagnée d'une sensation de ballonnement abdominal et d'un état de faiblesse manifeste.

Antécédents sans intérêt.

Histoire de la maladie. — Depuis trois ans la malade accuse une douleur abdominale, diffuse au début et se localisant ensuite dans la région de l'épigastre, sans irradiation, sans relation avec la digestion, apparaissant tantôt après le repas, tantôt à jeun, sans être accompagnée jamais de pyrosis ni de vomissements. Les crises apparaissent à des intervalles irréguliers (maximum deux à trois semaines) et se prolongent parfois jusqu'à sept à huit jours avec une intensité

si grande qu'elles immobilisent complètement la malade, provoquant de l'insomnie et un véritable état lypothymique.

Il y a deux ans, éruption d'urticaire.

Février 1935. — Les douleurs sont devenues persistantes, obligeant la malade à garder le lit et à ne plus se nourrir, quoique l'appétit demeurât intact. A la même époque, elle a observé la présence dans l'épigastre d'une tumeur mobile, de la grosseur d'un œuf, à surface régulière, indolore à la pression, facilement perceptible à la station debout et disparaissant dans le décubitus dorsal. Son état continuant à s'aggraver, la malade consulte un médecin qui l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic d'abcès froid d'origine costale.

Etat présent. — Dans la région supra-ombilicale, paramédiane gauche, on perçoit une tumeur ronde de la grosseur d'une mandarine, qui semble être recouverte en partie par le rebord costal gauche ; surface lisse, contours réguliers, consistance gommeuse, sans contact lombaire. Entre la tumeur et le rebord costal gauche, on constate à la palpation une légère dépression. La matité de la tumeur se confond, vers le haut, avec la matité hépatique ; vers le bas, cette matité est entourée de sonorité. Pas de ballotement. Pas de frémissement hydatique.

Submatité à la base du poumon gauche sur deux travers de doigts environ.

Éosinophilie sanguine 6 %.

Radioscopie. — Estomac allongé, hypotonique et hypokinétique, repoussé par la formation tumorale à gauche et en arrière. La petite courbure est rectiligne, douloureuse. Pylore normal. Bulbe aplati vers la petite courbure.

Conclusions. — Il est très probable que la formation tumorale siège en arrière de l'estomac et soit indépendante de lui. La matité de la tumeur est d'ailleurs remplacée par la sonorité gastrique. On pose le diagnostic de kyste hydatique du lobe de Spiegel ou du pancréas.

23 août 1935. Opération (LAZARESCO et MARES). — Laparotomie médiane sus-ombilicale. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve une tumeur kystique de la dimension d'une grosse orange, bombant sous le petit épiploon. La tumeur repousse l'estomac à gauche et en arrière et le foie en haut. On incise le petit épiploon ;

on pénètre ainsi dans l'arrière-cavité des épiploons où l'on trouve le kyste, rond, bombant à la hauteur de la douzième vertèbre dorsale, faisant corps avec le pancréas. Après avoir isolé la tumeur du reste de la cavité péritonéale avec des fils séparés de catgut, on incise le péritoine en même temps que la membrane adventice du kyste et après une désinfection au formol de la cavité on extirpe la membrane prolifère. On sèche et on désinfecte la cavité à deux ou trois reprises. On identifie à nouveau la présence de la membrane adventice en relation avec le pancréas et on essaie de la décoller, mais les adhérences au corps du pancréas étant trop intimes, on renonce à l'extirpation et on procède à la réparation de la paroi et à la marsupialisation du kyste. Drain et mèches.

24 jours après l'opération, pleurite gauche avec léger épanchement lymphocytaire, qui disparaît en quelques jours.

36^e jour. Un peu de suppuration de la paroi.

56^e jour. La malade quitte le service, complètement guérie.

OBSERVATION XCVI. — SKUPIEWSKI (1936).

Femme de 23 ans. Tumeur dans le flanc gauche. Une pyélographie montre un uretère aplati, non perméable. Dans l'hypothèse d'un kyste du bassinet gauche, on procède, le 28 janvier 1936, à une ponction exploratrice par voie lombaire. On extrait un liquide eau de roche. La ponction est suivie, quelques heures après, de vomissements et d'urticaire généralisé.

Opération le lendemain : Technique de BOBROFF. Kyste avec membrane prolifère, 1.500 grammes de liquide. Le kyste après dissection des adhérences avec le côlon apparaît fixé dans le corps du pancréas, empiétant ainsi sur la portion terminale de l'organe. Suture des plans. — Réunion *per primam*.

OBSERVATION XCVII. — CAVINA (1937).

Femme de 53 ans, fermière, se plaint, depuis un temps indéterminé, d'une douleur vague avec sensation de pesanteur dans le creux épigastrique. Cette douleur semblait plus accusée sous le rebord costal gauche. Cette malade a présenté deux crises urticariennes. Jamais elle n'a été en contact avec des chiens.

A l'examen, il s'agit d'une femme présentant un bon état général. La palpation sous le rebord costal révèle l'existence d'une tumeur dure, sphérique, de la grosseur d'une petite orange, un peu mobile, présentant des caractères identiques à ceux d'une tumeur gastrique.

Examen radiologique : « Dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen est visible une ombre arrondie sortie par une mince coque calcifiée, à contours nets à réguliers, contigus et encadrés, en bas, par la petite courbure de l'estomac. »

Examen du sang : Éosinophilie 2 %. Réaction de Casoni, non pratiquée. Réaction de Wassermann, négative.

Intervention, le 17 octobre 1936. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Section du ligament gastro-côlique. Énucléation du kyste qui avait une large base d'implantation sur la queue du pancréas. Cette dissection est un peu laborieuse, le parenchyme voisin saignant facilement. Extirpation totale. Hémostase soignée. Fermeture complète de la paroi. Guérison sans incidents.

Examen du kyste : Forme arrondie, du volume d'une mandarine, d'un diamètre maximum de 5 centimètres, calcifié comme la coque d'un œuf. Il contient un peu de liquide trouble et des vésicules de volume variable dont la plus grosse est comme un pois. À l'examen microscopique, on voit, au milieu d'une masse amorphe, des crochets caractéristiques, dispersés irrégulièrement à l'intérieur de la vésicule.

OBSERVATION XCVIII. — IACOBOVICI (1938).

Homme, âgé de 49 ans, ouvrier dans un port. Depuis deux ans, douleurs au niveau de l'estomac, avant le repas et une demi-heure après. Sensation de brûlures calmées par l'ingestion d'aliments et d'alcalins. Les douleurs vont en augmentant et ne sont plus calmées. On pense à un ulcère gastrique, et on conseille l'opération.

Entré à la clinique, le 15 février 1934. Homme grand, maigre, apyrétique. Au niveau de la région épigastrique, on constate une résistance et une douleur sus-ombilicale.

Examen radiologique : Montre un liquide de stase, en petite quantité, des modifications de la petite courbure, qui est rigide et présente une tache persistante, sensible à la pression. Le transit

pylorique est ralenti, le duodénum est déformé. Donc possibilité d'ulcus de la petite courbure. — Examen du sang : Éosinophilie, 31 %.

On suppose donc qu'il s'agit d'un ulcère gastrique pénétrant dans le pancréas.

Opération, le 23 février 1934. Rachianesthésie. Laparotomie sus-ombilicale. Existence d'un épaissement au niveau de la petite courbure. On voit une tumeur blanche rétro-gastrique. On décolle le ligament gastro-côlique. On pénètre dans l'arrière-cavité des épiploons. On constate l'existence d'une tumeur ayant la forme et les dimensions « d'une pipe », siégeant sur la face supérieure du pancréas. On dissèque cette tumeur à surface lisse, résistante et d'un blanc jaunâtre. Ligature latérale sur la veine splénique, car dans la partie moyenne du pancréas la séparation des vaisseaux spléniques est plus difficile. La tumeur se rétrécit beaucoup au niveau de l'isthme, s'élargit un peu au niveau de la tête où le décollement est plus facile. La tumeur est extirpée en totalité sans être ouverte.

Après extirpation, on voit qu'elle siégeait sur la face supérieure du pancréas, dans la loge pancréatique, recouverte en partie par du tissu glandulaire ; surtout du côté gauche du corps et au niveau de la tête. Drainage avec mèches. On ferme partiellement la paroi abdominale.

Examen anatomo-pathologique. Macroscopiquement : tumeur allongée en forme de pipe, de 10 centimètres de long. A la section : paroi fibreuse, dure, par endroits d'une épaisseur de 5 centimètres. Jaune à la périphérie, blanche vers l'intérieur où se constitue une membrane qui se détache facilement. Points de calcification, ça et là. Le contenu est formé par une masse gélatineuse à l'intérieur de laquelle nagent des kystes blancs. Poids : 80 grammes.

Microscopiquement : Les coupes de la paroi du kyste montrent une masse conjonctive avec infiltration lymphocytaire diffuse formant par endroits de petits nodules où se trouvent des masses calcaires. L'examen du contenu du kyste et celui des kystes proligères ne montre pas de crochets, seulement quelques détritits et des masses calcaires.

Diagnostic anatomo-pathologique : Kyste hydatique du pancréas, mortifié.

Glycémie, après l'opération : 1,24 pour 1000. Réaction de Weinberg-Parvu négative. Éosinophilie : 5 %.

L'évolution post-opératoire est normale. Le 9 mars, le malade quitte la clinique, guéri.

Pour terminer nous mentionnerons quatre observations *inédites* qui nous ont été signalées par le Prof. CONTIADÈS. (Ces observations doivent être publiées ultérieurement).

OBSERVATION CII. — FRANGOPOULOS (1914).

Cas de kyste hydatique du pancréas constaté à l'hôpital d'Argostolion, chez un homme de 23 ans, originaire de Céphalonie.

OBSERVATION CIII. — MACCAs (1925).

Cas de kyste hydatique du pancréas chez une jeune femme de 34 ans, originaire de Preveza (Épire). Cette observation sera publiée prochainement par MACCAs, avec *quatre autres observations personnelles inédites* .

OBSERVATION CIV. — CARAJANNOPOULOS (1933).

Homme de 33 ans, originaire d'Hypati. Kyste hydatique du foie et du pancréas.

OBSERVATION CV. — GEROULANOS (1933).

Femme de 27 ans, d'Athènes. Kyste hydatique suppuré du pancréas avec vésicules-filles.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes hydatiques du pancréas constituent une localisation exceptionnelle de l'échinococcose (2 à 3 p. 1000). Cependant, nous avons pu en réunir une centaine de cas dans la littérature médicale mondiale. Nous en apportons trois observations inédites.

II. — Ce sont toujours des kystes primitifs, reconnaissant pour voie d'apport la circulation artérielle générale.

III. — Toujours uniques dans le pancréas, ils ne sont qu'assez rarement associés à une autre localisation viscérale de la maladie hydatique (foie, poumon, rate). Dans la règle, ils représentent une localisation isolée de l'échinococcose.

IV. — Selon qu'ils siègent au niveau de la tête, du corps ou de la queue du viscère, ils donnent lieu à trois types anatomocliniques de l'affection.

Le kyste hydatique de la tête du pancréas, le plus fréquent, entraîne, dans les deux tiers des cas, un ictère, tantôt continu, tantôt variable et s'accompagnant souvent de crises douloureuses paroxystiques. Par suite, cette localisation prêterait surtout à confusion avec le cancer de la tête du pancréas et avec la lithiasé du cholédoque, d'autant que, en pareils cas, la tumeur kystique, de volume ordinairement modéré, n'est pas toujours perceptible à la palpation.

Dans les deux autres variétés, la présence d'une tumeur aisément palpable et souvent saillante constitue le signe capi-

tal. Régulière, indolore, rénitente et relativement peu mobile, cette tumeur siègera dans la région sus-ombilicale ou dans l'hypocondre gauche. Il sera parfois difficile, même avec le secours de la radiologie, de la différencier des tumeurs kystiques du voisinage (appartenant au lobe gauche du foie, à la rate, au rein gauche, à l'atmosphère périrénale, au mésentère). Surtout, le kyste pancréatique de nature parasitaire devra être distingué des kystes nécrotiques et des kystes glandulaires appartenant au pancréas lui-même.

V. — Outre les conditions étiologiques particulières à la maladie hydatique, la notion d'une ou de plusieurs poussées d'urticaire et l'existence, en vérité tout à fait rare, du frémissement caractéristique, la constatation d'une rénitence particulière (que ne possèdent pas les kystes glandulaires du pancréas), une éventuelle calcification du kyste adventice, révélée par la radiographie, et surtout une réponse positive et concordante des réactions biologiques de l'échinococcose plaideront en faveur de la nature échinococcique du kyste du pancréas.

VI. — Le traitement sera uniquement chirurgical. En règle générale, il consistera, après « formolage préalable » du kyste, dans sa simple évacuation prudemment suivie du drainage de la poche, autant que possible fixée à la paroi (marsupialisation).

En présence d'un kyste de taille modérée, à contenu univésiculaire limpide, préalablement stérilisé, on sera autorisé à tenter la réduction de la poche sans drainage (avec ou sans capitonnage), tout en restant prêt à rouvrir sa cavité réduite, au moindre signe d'infection secondaire de cette poche.

Dans la localisation pancréatique, plus peut-être que dans toute autre, le chirurgien se gardera de tenter l'extirpation totale du kyste, c'est-à-dire la décortication de sa capsule adventice en continuité avec le tissu glandulaire. Cette opéra-

tion, encore parfois donnée comme « idéale », est, en réalité, comme y a insisté le Prof. F. DÉVÉ, inutile, irrationnelle et dangereuse. On ne doit pas la confondre avec la simple résection de la plus grande partie du sac, qui pourra être légitime lorsque le kyste sera pédiculé.

VII. — Contre la fistule pancréatique qui constitue la principale complication post-opératoire, on utilisera le traitement diététique et médicamenteux habituel (régime antidiabétique associé aux alcalins et à la belladone). En cas de persistance de la fistule, on pourra être amené à tenter son aboutissement dans le tractus digestif voisin.

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

VU : *Le Président de Thèse,*
GRÉGOIRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AÏSOPOS (S.). — *Bull. Soc. hellén. de Chirurgie*, 27 oct. 1936, p. 131.
- ALEZAÏS et MOLLARET. — *Marseille médical*, 1^{er} mai 1907, p. 140.
- ASHTON (L.-B.). — *Illinois M. J.*, 1907, 12, p. 28 (cité par H. DEW).
- ASPIAZU (R.). — *Contr. al estudio de la T. echin. en el Perú*, Tesis, Lima, nov. 1922, p. 38.
- BARIENTOS (L.-P.). — *La equinococcosis en Chile*, Santiago de Chile, 1928, p. 52.
- BINAGHI, cité par PUTZU (F.). — *Arch. Ital. di Chir.*, 1931, cas CIV.
- CUSTODIO CABEÇA et BERNARDO VILAR. — *Quistos hidaticos*, Lisboa, 1931, obs. 544, 587, 590.
- CAVINA (G.). — *Archivio Italiano di Chirurgia*, juillet 1937.
- DANILIAK. — *Matériaux d'étude de l'échinococcose en Azerbaïdjan*, Moscou, 1935 (3 obs.).
- ENDERLEN. — *Würzburger Aerzteabend*, 13 déc. 1911. *Münch. med. Woch.*, 6 février 1912, p. 338.
- FEIERMANN. — Cité par DANILIAK.
- FRANGOPOULOS. — Cité par H. TOOLE. *Arch. f. klin. Chirurgie*, 159 Bd, 1930.
- GEROULANOS. — « Die Echinokokkenkrankheit in Griechenland ». *III^e Congrès International de Pathologie comparée*, Athènes, t. II, p. 160.
- GOYANÈS. — *2^o Congreso Español de Cirugia*, 1909 (cité par URRUTIA, L.).
- GROSSDOFF. — *Congrès de Bakou*, 1925.
- GUNSBURG. — Cité par DANILIAK.
- HOCHE (O.). — *Zentralbl. f. Chirurgie*, 29 febr. 1936, p. 505.
- IACOBOVICI (E.). — « Extirpation totale des kystes du pancréas ». *La Presse médicale*, 27 avril 1938.
- KONDOLEON (E.). — *Bull. Soc. hellén. de Chir.*, 20 oct. 1936, p. 131.
- LAZARESCU et MARES. — *Soc. de Chir. de Bucarest*, janvier 1936.
- MACCAS. — Cité par TOOLE.
- MADINAVEÏTIA. — *La Revista clinica de Madrid*, févr. 1913 (d'après L. URRUTIA).
- MERMINGAS, in HARTH. — *Sur les kystes du pancréas*, thèse de doctorat, Athènes, 1911.

- MOLLOFF. — *Verbreitung der Echtheit beim Menschen in Bulgarien, Senckenbekämpfung*, 1927, h. 3 (2 obs.).
- MORTOLA (G. A.) et SCHLANGER (P.). — *El Hospital Argentino*, 30 juin 1930, p. 34.
- NOGUEIRA (A.). — *Quistes hídáticos del Riñon*, Montevideo, 1916, obs. XXXIV, p. 64.
- NOWITZKY. — *Soc. Méd. du Caucase* (cité par TER-NERSESSOFF, *Deutsche Zft. f. Chir.*, nov. 1927).
- OLIVER (James). — *Brit. med. Journal*, 6 juin 1914, p. 1231.
- POENARU CAPLESCO (C.). — *Parasitologia Umană*, Bucarest, 1920, p. 93.
- RABUFFETTI (L.). — *La Semana médica* (Bs. As.), 22 avril 1920, p. 567.
- REMEDE (V.). — *Contrib. alla chir. dell' echinococco*, Cagliari, 1906, obs. X.
- REMEDE (V.). — Cité par PUTZU (F.), *Arch. Ital. di Chir.*, 1931, cas CIII.
- ROUX (C.). — *Soc. Vaudoise de Médecine*, 9 janvier 1915 *.
- SCHTAPSCHEFF. — *Chir. A. W. T.*, 30, 1914, p. 576 (cité par A. POSSELT).
- SENEVET et WITAS. — *Arch. Inst. Pasteur d'Algérie*, sept. 1926, p. 377 et p. 400 (2 cas).
- SKUPIEWSKY (L.). — *Soc. méd. des Hôp. de Bucarest*, févr. 1936, p. 72.
- SLAVIN. — *Wratch Gaz.*, 1927, n° 7 (cité d'après POSSELT).
- TANTON. — *L'Algérie médicale*, mai 1928, p. 311.
- THOMOPOULOS. — *Soc. méd. d'Athènes*, 26 mai 1896 (cité d'après X. CONTIADÈS).
- TIXIER (L.) et DOUAY (E.). — *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 11 nov. 1921.
- UHAL. — *Acta medica*, sept. 1932.
- VEGAS HERRERA (M.). — *Revista de la Soc. méd. Argentina*, 1907, t. XIV, p. 417.
- ZNAMENSKY (N.). — *Klinik medic.*, 1925, t. III, p. 221 (cité d'après A. POSSELT).

(*) Au moment de la correction des épreuves, nous nous apercevons que le cas de ROUX fait double emploi avec celui de TREUTHARDT déjà rapporté dans la thèse de DOÏTCHINOVITCH (obs. XLIII, p. 153).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. — Historique	4
II. — Étiologie	6
III. — Pathogénie	9
IV. — Anatomie pathologique	19
V. — Symptomatologie	28
VI. — Evolution. Complications. Pronostic.....	48
VII. — Diagnostic	50
VIII. — Traitement	57
Complications post-opératoires	63
OBSERVATIONS.....	67
CONCLUSIONS	101
BIBLIOGRAPHIE	105

SAINT-AMAND (CHER), FRANCE. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE
16-6-1938.

